



UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autor: Sara Cristina Lima Adrade Nº2556

Mindelo, Setembro de 2015

Trabalho apresentado á Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em Setembro 2015.

Discente:

Sara Cristina Lima Andrade

Assistência de Enfermagem ao Doente com Cirrose Hepática

Orientadora:

Jerícia Duarte

Mindelo, Setembro 2015

Dedicatória

Este Trabalho é dedicado a minha família principalmente ao meu pai, pois sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Este Trabalho de Conclusão de Curso não seria concretizado sem o apoio os meus familiares, por isso gostaria de agradecer a todas as pessoas que de forma direta ou indireta me apoiaram e ajudaram na elaboração deste TCC.

Primeiramente agradeço a deus por me dar força, agradeço principalmente ao meu pai, pelo esforço, agradeço também a minha orientadora, Jericia Duarte, pelo apoio e dedicação e persistencia pela coragem, pela disponibilidade, pelas palavras de incentivo e a colaboração na realização do trabalho.

Muito obrigado a toda a equipe do serviço de medicina. Aos familiares que me apoiaram e me incentivaram deste o primeiro momento que entrem no curso de enfermagem.

Á todo um muito obrigado!

EPÍGRAFE

“A coragem é a primeira das qualidades humanas porque garante todas as outras.”

(Aristóteles)

Índice

INTRODUÇÃO.....	11
Problemática e Justificativa.....	13
CAPITULO I- ENQUATRAMENTO TEÓRIO.....	19
1. Anatomia e Fisiologia do Fígado	20
1.1. Conceito de Fígado.....	20
1.2. Localização do Fígado.....	21
1.3. Estrutura do Fígado	21
1.4. Funções do Fígado.....	22
1.5 Fisiologia do Fígado	22
1.6 Cirrose Hepática	22
1.6.1 Manifestações clínicas.....	25
1.6.2 Tipos de Cirrose Hepática	26
1.6.3 Etiologias da Cirrose Hepática	29
1.6.4 Fatores de riscos	30
1.6.5 Complicações da Cirrose.....	31
1.6.6 Diagnóstico e exames laboratoriais da Cirrose Hepática	33
1.6.7 Tratamento.....	35
1.7 A Assistência/Cuidar de enfermagem:	37
1.7.1 Cuidar de enfermagem:	37
1.7.2 Assistência de Enfermagem ao Doente com Cirrose Hepática:	39
1.8 Valores e princípios que orientam a prática de enfermagem	40
1.9.1 Tipos de valores.....	42
1.9 Diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) para o doente com cirrose hepática	43
1.10 Teoria de Enfermagem:	44
CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICO	47
2. Metodologia da pesquisa.....	48
2.1 Tipo de Pesquisa.....	48
2.2 Instrumento de Recolha de Dados.....	49

2.3 Campo Empírico.....	50
2.4 População Alvo	50
2.5 Aspectos Éticos	51
CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA	52
3.Apresentação e Análise dos Resultados	53
3.1.Apresentação dos dados da Entrevista	53
3.2.Conclusão dos resultados	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.....	68
APÊNDICE	70

RESUMO

Este trabalho cujo título é a Assistência de Enfermagem ao doente com cirrose hepática realça a necessidade de dotar cada vez mais os profissionais de enfermagem de conhecimentos à cerca dessa patologia e de como cuidar da melhor forma dos utentes afectados. O objectivo principal desse trabalho é identificar a influência dos valores pessoais dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com Cirrose Hepática.

A cirrose é uma patologia crônica que afecta milhares de pessoas em todo o mundo, sendo responsável por uma grande percentagem de mortes no mundo inteiro, contribuindo significativamente pelo aumento das taxas de mortalidade, principalmente na Europa.

O enfermeiro é o profissional de saúde que está 24 horas com o utente pelo que se revela pertinente saber até que ponto os valores pessoais desses profissionais podem influenciar na prática clínica, junto a esses doentes, sabendo que é uma patologia muitas vezes provocada pelo próprio quando ingere em demasia e por tempo indeterminado certas quantidades de álcool, estando também, por este motivo, sujeito a outros factores de risco. Sendo este um problema evitável e prevenível.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, de abordagem fenomenológica cujo método de recolha de dados elegido é a entrevista estruturada. A população alvo foi constituída por 5 enfermeiros do serviço de medicina com mais de 10 anos de experiência.

Os resultados evidenciaram que os valores pessoais dos enfermeiros influenciam de forma positiva na prestação dos cuidados ao doente com cirrose hepática no serviço de Medicina. A maioria dos participantes aponta que os sentimentos na prática clínica são orientados pelo lado positivo e que não afectam negativamente no desempenho das suas funções.

E foi também evidenciado que conhecem a realidade Cabo-verdiana, frequentemente acolhem esses utentes no serviço e sabem como lidar com estes e não sentem nenhum tipo de preconceito ou discriminação.

Palavras-chave: Assistência, Enfermagem, Cirrose Hepática, Valores

ABSTRACT

This work whose title is the Nursing Care to Patients with Liver Cirrhosis, stresses the need to increasingly improve knowledge about this disease and how to take care of the best of those users. The main objective of this work is to identify the influence of nurses' personal values in providing care to the patient with cirrhosis.

Cirrhosis is a chronic disease that affects thousands of people around the world, and being the nurse the health professional who spends 24 hours with the wearer, so it becomes relevant whether the personal values of these professionals may influence clinical practice, along with such patients. Knowing that it is a condition often caused by a man himself when he drinks too much and indefinitely certain quantities of alcohol and also when he is upon the subject of other risk factors. This is an avoidable and preventable problem.

It is a qualitative study and phenomenological exploratory whose the chosen data collection method is semi-structured interview. The target population consists of five nurses with over 10 years of experiences in medical service.

The results showed that the nurses' personal values influence positively in the provision of care to the patient with liver cirrhosis in the medical service. Most of the participants suggest that the feelings in clinical practice are oriented on the positive side and it does not affect the performance of their duties. They know the Cape Verdean reality which often hosts these users in service and they already know how to handle them and they don't feel any kind of prejudice or discrimination.

Keywords: care, nursing, liver cirrhosis and values

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, leccionado pela Universidade do Mindelo, como principal requisito para a obtenção do grau de licenciatura em enfermagem e se intitula Assistência de enfermagem ao doente com Cirrose Hepática. Este trabalho tem como finalidade dar início a um processo de investigação científica.

A escolha do tema emerge das experiencias vivenciadas nos ensinos clínicos onde tivemos a oportunidade de conviver com muitos doentes com Cirrose Hepática. A motivação advém da vontade de aprofundarmos o tema e enriquecer os conhecimentos de modo a contribuir para uma melhor assistência a esses doentes.

Não obstante esse motivo, é de realçar que se trata de um tema bastante pertinente e actual por ser também um problema de saúde pública que envolve não só os profissionais de saúde mas também todas as entidades responsáveis, bem como os familiares e a sociedade em geral. Este problema afecta milhares de pessoas em todo o mundo e Cabo Verde não é excepção. Pelo que é necessário estar cada vez mais capacitados para se poder dar resposta a esse problema e ajudar da melhor forma os doentes que estão sofrendo dessa patologia. Sendo o enfermeiro o profissional que tem mais ligação com o utente é necessário conhecer como esse pode na sua prática ajudá-lo a recuperar saúde sem deixar que os valores pessoais interfiram negativamente na sua prática clínica.

No que se refere à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em 3 capítulos bem estruturados que são: a fase conceptual, a fase metodológica e fase empírica. A fase conceptual esta constituída pelos principais conceitos chave que abarcam a temática em si. A fase metodológica traz todo o percurso metodológico, explicando o tipo de estudo e a abordagem utilizados nesta investigação, bem como os instrumentos de recolha de informações, aspectos éticos e legais e a população alvo do estudo. Por fim, a fase empírica que apresenta o tratamento, análise e os resultados decorrentes da investigação.

Após a apresentação dos capítulos seguem-se as considerações finais, as referências bibliográficas, as sugestões para trabalhos científicos futuras bem como os anexos e apêndices das matérias apresentadas no trabalho.

É de realçar ainda que o presente trabalho de investigação foi redigido e formatado tendo em conta as normas da redação e formatação do trabalho científico propostas pelo Doutor Albertino Graça, no Manual Introdução à Investigação Científica: Guia Investigar e Redigir, lançada no ano 2004.

Problemática e Justificativa

A motivação para desenvolver um trabalho neste âmbito prende-se com as reflexões feitas no contexto dos ensinamentos clínicos, da necessidade de conhecer mais sobre o tema e desenvolver competências que serão necessárias na vida futura, visto que é um problema de saúde pública que tende a aumentar cada dia. Há necessidade de aprofundar conhecimentos nessa área de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida desses doentes.

É imprescindível realçar a importância da assistência da enfermagem ao doente com cirrose hepática, uma vez que essa assistência revela-se fundamental para esses doentes que se caracterizam como doentes com baixa auto-estima devido à situação que enfrentam. É nessa fase que entra a função de enfermagem na assistência ao doente com cirrose hepática, mostrando-lhe a melhor forma de aceitar e lidar com a sua nova condição.

A cirrose hepática, doença crónico-degenerativa, destaca-se dentre as principais doenças do trato gastrointestinal, constituindo um sério problema de saúde pública por ser responsável por um número bastante elevado de mortalidade, internações hospitalares repetitivas e absentismo no trabalho.

Os portadores dessa patologia necessitam de uma assistência multiprofissional com o objetivo de maximizar a função hepática, controlar complicações e prevenir infeções. O profissional de enfermagem é responsável pela prestação de cuidados integrais e contínuo ao indivíduo, desde seu estado mais estável ao mais crítico.

A cirrose hepática está muitas vezes associada ao consumo excessivo e de duração prolongada do álcool entre outros factores de risco, pois, segundo Gonçalves (2009, p.26) “o álcool foi cronologicamente o primeiro factor a ser associado ao desenvolvimento da doença e a sua responsabilidade na causalidade da cirrose hepática, a mais exaustivamente estudada (...)”.

O uso de bebidas alcoólicas é um hábito em todo o mundo e há aqueles que consomem com moderação e cuidado e aqueles que exageram no consumo, sendo muito frequente o seu consumo em Portugal. Pois foi constatado que “em 2002, cada português ingeriu em média 9,8 litros de álcool puro. (...)” (Gonçalves, 2009, p.26). Constata-se que

dos países produtores como Portugal, o consumo de bebidas alcoólicas é mais elevado em relação aos países não produtores.

Afirma Gonçalves (2009, p.26) que o consumo em Portugal “é problemático mas com novas nuances: início do consumo em idades muito precoces (média em Portugal por volta dos 13 anos, com risco próximo de dependência futura de 50%, feminização do alcoolismo (no reino unido nos últimos 30 anos a mortalidade por cirrose alcoólica na mulher jovem aumentou 1000%)”.

Em relação a outros países como os Estados Unidos de America “estima-se que há pelo menos 10 milhões de alcoólicos, representado cerca de 6 a 7% da população adulta” (Ibidem).

Segundo Alves (2013, p.13) “(...) a cirrose hepática é responsável por 1,8% de todas as mortes na Europa, ou seja cerca de 170000 mortes/ano. Tem-se verificado um aumento das taxas de mortalidade nos países do sudeste europeu assim como nos países da Europa ocidental”. Consta que a cada ano há um aumento do número de caso de cirrose hepática nos países europeus e não só.

Acrescenta ainda Alves (2013, p.15) que “em Portugal, no ano de 2006 e, de acordo com a Direção Geral de Saúde faleceram de cirrose hepática 1362 pessoas, sendo 75,6% do sexo masculino, homem”.

Com o número elevado de cirrose hepática vê-se que o homem está mais vulnerável em relação à mulher. Afirma Alves (2013, p.15) que “na região norte faleceram 527 pessoas por cirrose hepática ou seja 38,7% do total de mortes por cirrose hepática em Portugal 70,6% homens”.

A cirrose hepática é uma doença que pode ser prevenível, uma vez que a sua principal causa é o consumo prolongado e excessivo de bebidas alcoólicas. É função do enfermeiro juntamente com a equipa de saúde atuar na promoção e prevenção dessa patologia que é responsável por vários problemas a nível pessoal, familiar e social uma vez que acarreta grandes custos não só para o indivíduo e familiares, como também para o sistema de saúde.

Segundo os dados estatísticos do Ministério de saúde de Cabo Verde (2007) o alcoolismo é a terceira causa da morte em cabo verde. É de ressaltar ainda que há vários estudos feitos acerca do alcoolismo no país e apontam que as ilhas onde se consome mais

álcool são as de São Vicente e Santo Antão e que se inicia o consumo numa idade compreendida entre os 7 a 19 anos. O que constitui um factor digno de realce na preocupação com esse problema que é de todos e da saúde pública.

De acordo com estudos feitos essas complicações na maioria das vezes relacionam o consumo de álcool com outros factores embora estes com menos prodominância. O consumo de álcool é uma prática muito frequente na nossa sociedade e teve início desde os primórdios, desde há muito tempo era prática o consumo de álcool com amigos, familiares...

Na opinião de Bertolote (1997,p.567):

“ o uso de bebidas alcoólicas é uma prática bastante frequente, aceita e reforçada pela sociedade, tendo seu início, muitas vezes, na adolescência. Mesmo sabendo que o alcoolismo leva alguns anos para se instalar no organismo, acredita-se que o uso precoce de bebidas etílicas pode vir a contribuir para o estabelecimento da dependência alcoólica mais cedo, ou seja, ainda numa fase produtiva da vida, em que o sujeito teria uma boa condição de saúde para trabalhar ou estudar, o que acaba deixando de lado devido à sua dependência”.

Em relação aos dados sobre o consumo do álcool em Cabo Verde, o Hospital Regional João Morais (HRJM) Santo Antão registou no período de 2010-2011 um total “de 1295 atendimentos no Banco de Urgências por alcoolismo, dos quais 325 (25%) resultaram em internamento” (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – PNDS, 2012,p.83).

Ainda essa mesma fonte relata que:

“do total dos 2523 internamentos registados nesses dois anos, os devidos ao consumo de álcool correspondem a cerca de 13% e a um total de 2 201 dias de hospitalização. A faixa etária mais acometida é a de maiores de 35 anos de idade com 72% de todos os casos atendidos. As mulheres representam 6% dos consumidores que recorrem ao HRJM. Paralelamente foram registados 28 óbitos resultantes de causa directa do consumo de álcool, todos de sexo masculino” (PNDS (2012,p.83).

Em relação a Santiago de acordo com o PNDS (2012, p.83) registou-se no primeiro semestre de 2012 “uma taxa de 13% de internamentos por alcoolismo em relação ao total dos internamentos”.

Relativamente a São Vicente, segundo dados recolhidos no Hospital Baptista de Sousa HBS nos anos de 2010 a 2014 registaram inúmeros casos de internamento com diagnóstico associado à cirrose hepática (CID 10- K74).

Tabela 1 Dados recolhidos no Hospital Batista de Sousa nos anos de 2010 a 2014 de internamento de diagnóstico associado a Cirrose Hepática (CID 10-K74).

Ano	Sexo femenino	Sexo masculino	Idade sexo femenino	Idade masculino	sexo Total de internados
2010	Duas (2)	Dez (10)	43 anos e 65 anos	Num intervalo de 38 a 65 anos de idade	12 internados
2011	Duas (2)	Vinte e quarto (24)	47anos e 80 anos	De 21 a 81 anos	26 internados
2012	Duas (2)	Sezaseis (16)	38 anos e 45 anos	De 33 a 82 anos	18 internados
2013	Tres (3)	Nove (9)	Num intervalo de 39 a 58 anos de idade	De 27 a 82 anos	12 internados
2014	Tres (3)	Catorze (14)	De 45 a 80 anos	De 32 a 69 anos	17 internados

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 1 no ano 2010 para o ano seguinte 2011 houve um aumento de casos de internamento por cirrose hepática. As causas mais mencionadas pelo HBS segundo a estatística é o álcool e virais sendo que o álcool se revelou maior prevalência visto que se registaram muitas entradas de doentes com abstinência alcoólica.

Do ano 2011 para 2012 houve uma diminuição de internamentos de pessoas com cirrose hepática, já no ano de 2013 constatou-se o mesmo número de casos de internamento que em 2010, mas de 2013 para 2014 houve um aumento de 5 casos.

Essa patologia tende a atingir cada vez mais pessoas não por que haja falta de informações, uma vez que as pessoas estão bem informadas em relação aos malefícios do álcool que provoca danos e traz consequências desastrosas para o indivíduo, para a família e para a sociedade, sendo ela um problema de saúde pública.

Também outro problema é a idade visto que na tabela, a prevalência da cirrose hepática está na terceira idade visto que nessa idade os utentes estão mais fragilizados e não conseguem controlar a patologia se não tiverem apoio familiar.

Também convém dizer, que não foi possível saber qual a profissão desses utentes para o estudo, visto que ainda o HBS não criou um sistema para registar essas informações de melhor maneira, o que gera uma lacuna para melhor avaliação dos dados.

Tabela 2- obitos por Cirrose Hepática (CID 10-k74) 2010 a 2014

Ano	Sexo femenino	Sexo masculino	Idade femenino	Idade masculino	Total de obitos
2010	Zero (0)	Um (1)	Zero (0)	47 anos de idade	Um (1) obito
2011	Zero (0)	Sete (7)	Zero (0)	Num intervalo de 21 a 72 anos	Sete (7) obitos
2012	Zero (0)	Seis (6)	Zero (0)	De 40 a 69 anos	Seis (6) obitos
2013	Duas (2)	Dois (2)	De 30 a 39 anos	De 57 a 58 anos	Quatro (4) obitos
2014	Zero (0)	Tres (3)	Zero (0)	De 44 a 69 anos	Tres (3) obitos

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 2 constata-se que a cirrose hepática prevalece mais no sexo masculino do que no sexo feminino, houve 21 óbitos de 2010 a 2014 com diagnostico de cirrose hepática.

Com todos os dados recolhidos a nível mundial e hospitalares confirma-se que é um problema de saúde pública e que merece uma atenção redobrada principalmente por parte dos enfermeiros visto que são os profissionais de saúde que estão mais próximo do doente e da sua família. Gritem e Meyer, (2006,p.15), complementam, defendendo que:

“dentre as competências da enfermagem, a orientação é um cuidado de enfermagem imprescindível que pode assegurar o bem-estar e a adequação do paciente á sua nova condição de saúde, seja ela temporária e caracterizada pelas alterações orgânicas. Para tanto a enfermeira necessita conhecer o paciente, buscar obter informações que possibilitarão detetar problemas ou alterações relacionadas aos seus bio-psíco-sócio espirituais e assim poder diagnosticar, planejar e avaliar a assistência de enfermagem a ser prestada.”

É nesta óptica que consideramos bastante pertinente a temática pelo que traçamos o seguinte objectivo geral:

Objetivo Geral:

Identificar a influência dos valores pessoais dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com Cirrose Hepática.

Tendo em conta que os objetivos são consumados com o intuito de clarificar aquilo que pretendemos fazer dando mais compreensão, autenticidade à pesquisa em causa estabelecemos os seguintes objetivos específicos: uisa em causa estabelecemos os seguintes objetivos de modo a dar resposta a pergunta de partida.

Objectivos específicos:

- Verificar a incidência da cirrose hepática no serviço de Medicina;
- Identificar os valores que orientam a prática de enfermagem no serviço de Medicina;
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem prestada ao doente com cirrose Hepática no serviço de Medicina;
- Identificar as limitações na assistência de enfermagem ao doente com cirrose no serviço de medicina.

Tendo em conta os objectivos preconizados esse estudo será orientado pela seguinte pergunta de partida: como os valores pessoais dos enfermeiros influenciam na prestação dos cuidados ao doente com cirrose hepática no serviço de Medicina?

CAPITULO I- ENQUATRAMENTO TEÓRIO

Enquadramento Teórico

Esta fase teórica possibilita fazer um levantamento bibliográfico sobre o tema que dá suporte ao estudo, pois é essencial uma vez que permite delimitar e fundamentar o tema a ser abordado. Houve nessa etapa a necessidade de efectuar uma breve revisão da literatura que permitisse identificar os conceitos-chave para a realização do presente trabalho. Pois entender todo o processo que enforma o desenvolvimento de uma cirrose hepática abarca muitos aspectos que o convertem num processo muito complexo.

Por isso não é possível compreender todos esses aspectos relacionados com a cirrose hepática sem pelo menos definir os conceitos chave. O que torna imprescindível para a realização deste trabalho. Dai que é pertinente abordar a temática na perspectiva de diferentes autores.

1. Anatomia e Fisiologia do Fígado

A cirrose hepática é o resultado final de anos de agressões ao fígado, sendo caracterizada pela substituição do tecido hepático normal por nódulos e tecido fibroso. No fundo, nada mais é do que a cicatrização do fígado, onde deveria haver tecido funcionante há apenas fibrose (cicatriz). Para melhor entendermos a cirrose hepática é necessário definir conceitos importantes para o tema em questão, tal como anatomia e fisiologia do fígado.

1.1. Conceito de Fígado

Não se pode falar da Cirrose Hepática sem antes conhecer o conceito e onde está localizada sendo que essa patologia afecta o fígado também traz consequências desastrosas para o utente e desse pequeno parágrafo tentar explicar o conceito, autonomia, estrutura e entre outros.

De acordo com (Guyton; Hall, 2008,s.p):

“fazendo parte do sistema digestivo, o fígado é a maior glândula do corpo humano, podendo-se dizer que ele é uma fábrica química que produz, armazena, altera e excreta um enorme número de substâncias envolvidas no metabolismo. No homem adulto normal o fígado representa 2,5% do peso corporal e varia entre

1.400/1.800 gramas, dependendo do biótipo, enquanto na mulher adulta ele varia entre 1.300/1.500 gramas. Seu peso relativo é maior em fetos e em crianças, que pode corresponder a 5,6% do peso total de um feto de cinco meses gestacionais, a 4 ou 5% do peso ao nascer a termo e a 3% ano final do primeiro ano de vida.”

É o segundo maior órgão, onde os nutrientes absorvidos no trato digestivo são processados e armazenados para utilização por outros órgãos, além de ser responsável pela neutralização e eliminação de algumas substâncias tóxicas.

1.2. Localização do Fígado

Sendo o fígado o maior órgão do corpo humano, está em formas de gomos, está alojado debaixo da caixa torácica, pesa cerca de 2kg, é um órgão interno e conforme Filho (2006,p.342), “o fígado está situado no hipocôndrio direito, domina em conjunto com a árvore biliar e os seus grandes vasos sanguíneos possuindo um formato cuneiforme, com a sua base contra a parede abdominal direita e a extremidade apontada para o baço”.

1.3. Estrutura do Fígado

O fígado é um órgão essencial para a funções de controlo metabólico do nosso organismo, sendo indispensável para a manutenção da hemóstase de todas as demais células. Assim, podemos concluir que o fígado é um órgão de múltiplas funções.

Dângelo e Fattini (2008,p.567) afirmam que “fígado é dividido convencionalmente em lobos direito, esquerdo, caudado e quadrado, sendo que, é uma classificação topográfica que não corresponde aos lobos ou segmentos funcionais do fígado. Os lobos direito e esquerdo fisiológicos ou funcionais são definidos dos sistemas da veia porta direita e esquerda”.

Já para Dalley e Moore (2007,p.345) “o fígado possui duas faces, uma diafragmática e a outra visceral, que são separadas anteriormente por sua margem inferior aguda. A face diafragmática está em contato com a superfície inferior do diafragma”.

Os ramos tanto da artéria hepática quanto da veia porta transportam sangue para os sinusoides do fígado, onde a maioria dos nutrientes e certas substâncias tóxicas são absorvidas pelos hepatócitos, assim acrescenta Tortora e Grabowski (2002; p.771) “o fígado recebe sangue de duas fontes. Das artérias hepáticas obtém sangue oxigenado e da

veia porta hepática recebe sangue desoxigenado, que contém nutrientes recém-absorvidos, fármacos e possivelmente micróbios, toxinas provenientes do trato gastrointestinal”.

1.4. Funções do Fígado

O fígado é um órgão vital, sem o qual não é possível sobreviver. Além de ser o maior órgão sólido e a maior glândula do corpo, o fígado também é responsável por centenas de funções no nosso organismo e conforme afirma Berne e Levy (2007,p.543) “o fígado desempenha muitas funções vitais. É essencial na regulação do metabolismo, na síntese das proteínas e de outras moléculas no armazenamento de vitaminas e ferro, na degradação hormonal e na inativação e excreção de medicamentos (drogas) e toxinas”.

1.5 Fisiologia do Fígado

Sendo o fígado um órgão central na fisiologia do corpo humano, realiza numerosas funções vitais, muitas das quais ainda não totalmente compreendidas. Está sujeito a uma variedade de agentes agressores e, portanto, perante uma lesão hepática é necessário um profundo conhecimento da fisiologia hepática para melhor se orientar.

O sangue atravessa a placa limitante através de canais controlados pelo esfíncter. Esses canais descarregam o sangue numa rede de capilares chamadas de sinusoidais e de acordo com Moore; Dalley, (2007,p.345) “normalmente, a veia porta do fígado se forma posterior ao colo do pâncreas por meio da união das veias mesentérica superior e esplênica e sobe anterior à veia cava inferior”. Ver a imagem do fígado (anexo 1)

1.6 Cirrose Hepática

A Cirrose Hepática é uma patologia crônica que afeta milhares de pessoas em todo o mundo e para melhor compreender o tema é preciso que nós saibamos a definição dessa enfermidade que cada dia está a afetar a população em geral principalmente os jovens do sexo masculino.

Segundo Alves (2013,p.13) “o termo cirrose foi usado e publicado pela primeira vez por René Laennec (médico francês) na qual descreveu alterações características tais como, a perda da arquitectura lobular, a fibrose difusa e a regeneração nodular tendo proposto três estádios evolutivos”.

Sabe-se que a cirrose hepática é o resultado de várias etiologias e fatores de risco que os portadores estão expostos e que sabem que são prejudicial para a saúde. E se não eliminarem ou se afastarem destes fatores de risco podem sofrer graves consequências.

Segundo Andrade (2005,p.514) “a cirrose é caracterizada como uma condição que atinge todo o fígado e transforma sua estrutura e nódulos hepatocitários regenerativos de diâmetros variáveis separados entre si por septos fibrosos de diferentes espessuras. O conceito clínico de fígado que cruza com graus variáveis de insuficiência hepática e hipertensão da veia porta. O que demonstra que a cirrose não é só uma fibrose difusa do fígado mas sim acompanha a regeneração nodular do parênquima que está associada a esta patologia”.

É um processo cicatricial e acontece da ação de vários elementos agressores. Com isso perde a sua funcionalidade, porque o tecido fibroso não consegue desempenhar qualquer função fisiológica.

A cirrose hepática é um processo crónico que acomete o fígado do indivíduo acarretando várias consequências, e segundo Rigas e Spiro (1996, p.588) “a cirrose hepática é um processo crónico caracterizado por nódulos hepáticos estruturalmente anormais juntamente com um aumento difuso de fibrose e tecido fibroso por todo o fígado”. Tornando o individuo frágil e como comprometimento das suas funções e as atividades da vida diária.

Complementando essa ideia, Pinto e Baptista (1985, p.385) acrescentam que “a cirrose hepática é essencialmente morfológico e corresponde a doença crónica difusa, envolvendo todo o fígado e caracterizado por fibrose difusa e regeneração nodular”.

Ainda Brunner e Suddarth (2002, p.907) afirmam que “cirrose hepática é uma doença caracterizada pela substituição do tecido hepático normal pela fibrose difusa a qual rompe com a estrutura e a função do fígado”.

Podemos ver que não existe discrepância na definição desses autores em relação ao conceito de cirrose hepática. Estes vão na mesma linha de pensamento ao definirem a

cirrose hepática como uma doença que acomete o fígado caracterizada pela substituição do tecido hepático normal pela fibrose difusa.

Partilhando da mesma ideia Anthony, (1977, p.567) no seu ponto de vista acrescenta que “a cirrose hepática é uma alteração difusa do fígado, histologicamente bem definida, em que a arquitetura normal é substituída por nódulos regenerativos, separados por faixas de tecido fibroso, que determina a diminuição das funções de síntese e excreção hepáticas, hipertensão aorta com anastomoses porto-sistémicas e risco de carcinoma hepatocelular”.

Acrescente Antczak (2005, p.876) que:

“as células hepáticas destruídas são substituídas por células fibróticas em um processo denominada regeneração fibrótica. À medida que o tecido necrótico fica fibrótico, formam-se nódulos regenerativos e o parênquima hepático sofre alterações fibróticas extensas e irreversíveis. A doença altera a estrutura e a vascularização hepática normais e prejudica os fluxos sanguíneos e o linfático, acabando por causar insuficiência hepática.

Dizendo que é uma doença muito grave e que afeta muitos doentes e a sociedade em geral, com grandes custos, muito tempo de hospitalizações e uma sobrecarga para os familiares.

Na perspectiva de Chung e Podolsky (2006, p.1949) “a cirrose hepática é apenas uma das muitas consequências resultantes de ingestão crónica de álcool e frequentemente acompanha outras formas de lesão hepática induzida por álcool, incluindo a esteatose hepática e a hepatite alcoólica”.

A cirrose é o resultado de várias alterações que acometem o fígado, e que leva a destruição das células com a formação de cicatrizes. E de acordo com Fonseca (2009, p.265):

“O fígado daqueles que exageram no consumo contínuo do álcool tem na sua história clínica quatro fases distintas. A primeira fase caracteriza-se pela presença de deposição de gordura no fígado (esteatose hepática); a segunda, pela fase de inflamação aguda do fígado (hepatite aguda alcoólica); a terceira, pela fibrose do fígado (formação de tecido fibroso); e, finalmente, a quarta, que é a fase de cirrose alcoólica (fígado endurecido”.

A definição de cirrose é vista na perspectiva de vários autores. Para entender melhor o conceito da cirrose é imprescindível abarcar as manifestações clínicas, de modo a obter um melhor discernimento do tema em estudo.

1.6.1 Manifestações clínicas

As manifestações clínicas não aparecem de uma só vez, vão evoluindo de estágio para estágio. No início tudo acontece de forma silenciosa, depois manifesta-se de forma brusca quando o utente já detém essa patologia. E nesse contexto que torna-se pertinente apresentar as manifestações clínicas da CH de acordo com esses autores.

Afirma Isselbacher (1996,p.1814) que “a cirrose alcoólica também pode ser silenciosa, sendo que muitos casos (10% a 40%) são descobertos de forma incidental a laparotomia ou necropsia. Em muitos casos, os sintomas têm início insidioso, em geral ocorrendo após 10 anos ou mais de uso excessivo de álcool e progredindo lentamente nas semanas e meses subsequentes.”

Acrescentam Mendes, Santos, Ferreira, Paris, Damaceno, Roratto (2012,p.14) que “os principais sintomas da cirrose são: náuseas, vômitos, perda de peso, dor abdominal, constipação, fadiga, fígado aumentado, olhos e pele amarelados, urina escura, perda de cabelo, inchaço, ascite, entre outros”. Durante muito tempo a doença pode evoluir sem causar sintomas e silenciosamente.

São várias as manifestações de cirrose hepática. De entre elas Thomas (2007, p.1349) destaca as mais comuns como sendo “ (...) história de saúde débil, náuseas, vômitos, anorexia, indigestão, flatulência, obstipação, perda de peso camuflada por retenção hídrica, malnutrição, dor abdominal (geralmente, quadrante superior direito), sinais tardios que sobrevêm gradualmente: ascite, icterícia, edema, anemia, hemorragia”.

Estes autores vão na mesma linha de pensamento no que se refere a sinais e sintomas. E de acordo com Rigas e Spiro (1996, p.590) “em geral a doença é pela primeira vez reconhecida apenas quando achados objetivos resultam da hipertensão portal ou da disfunção hepática. Aumento do perímetro abdominal, fraqueza e edema dos membros inferiores são os três sinais e sintomas iniciais mais frequentes da cirrose”.

Para Pinto e Baptista (1985, p. 399) “os sintomas e os sinais podem ser extremamente vagos e incaracterísticos como dispepsia, anorexia, febre, perda de peso, redução ou perda de libido, edema dos membros inferiores ou estar diretamente dependentes da doença hepatomegalia, ascite, icterícia, sinais de circulação colateral, hemorragia digestiva, confusão mental”.

Acrescenta, Bertelli e Conci (2001, p.345) “alguns sinais e sintomas são: quedas progressivas do estado geral. Ao lado da perda de peso observa-se diminuição e flacidez da massa muscular, febre, hematémese e melena, sintomas decorrentes das perturbações endócrinas icterícia, edema, ascite, esplenomegalia, manifestações neurais psíquicas, coma hepático”.

De acordo com Diepenbrock (2005, p. 1992) “diferentes manifestações clínicas podem surgir no curso da cirrose, não estando necessariamente associadas às complicações mais frequentes”.

Já Robbins (2005, p 642) afirma que “considerando do ponto de vista funcional, a cirrose hepática caracteriza-se por insuficiência progressiva do parênquima e por alterações da circulação venosa arterial e, em particular, o sistema porta”.

1.6.2 Tipos de Cirrose Hepática

Relativamente a cirrose é explanada todos os tipos de cirrose, mas para essa investigação interessa debruçar mais sobre Cirrose de Laennec (CL) uma vez que é a com que se depara com mais frequência relativamente aos outros tipos. Não obstante é de realçar que qualquer tipo de cirrose acarreta muitas complicações ao indivíduo constituindo assim um problema que traz preocupações para os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, sendo estes os profissionais mais próximos do doente.

Para Thomas in Phipps, (2007,p.1357) os tipos de cirrose são: “cirrose de Laennec (cirrose nutricional ou alcoólica), cirrose pós-necrótica, cirrose biliar primária, cirrose biliar secundária, cirrose cardíaca, cirrose metabólica inespecífica”,

E em relação à cirrose biliar, esta está dividida em cirrose biliar primária e cirrose biliar secundária, de acordo com Chung e Podolsky (2006, p. 1952) “a cirrose biliar resulta da lesão ou obstrução prolongada do sistema biliar intra ou extra-hepática. Está associada à excreção biliar debilitada, destruição do parênquima hepática e fibrose progressiva”.

Sendo assim o autor afirma que a cirrose biliar primária “caracteriza-se por inflamação crónica e obliteração fibrosa dos ductos biliares intra-hepáticos” (*Ibidem*), e para complementar a ideia do autor acima, Robbins e Cotron (2006, p. 482) defendem que “a cirrose biliar primária é uma doença hepática colestática crónica, progressiva,

caracterizada pela destruição dos ductos biliares intra-hepáticos, inflamação e cicatrização portais, com eventual desenvolvimento de cirrose e insuficiência hepática”.

De acordo com Rigas e Spirro (1996, p. 612) “esta é uma forma crônica, progressiva, de colangite caracterizada basicamente pela destruição dos pequenos e médios ductos intra-hepáticos com colestase progressiva, que simula a obstrução extra-hepática e culmina em cirrose.” E visto que a cirrose biliar provoca danos, também pode levar a uma insuficiência hepática.

Relativamente à cirrose biliar secundária, Chung e Podolsky (2006,p.1953) diz que esta “resulta da obstrução prolongada dos ductos extra-hepáticos de maior calibre”.

Rigas e Spirro (1996,p.615) acrescentam que “ a cirrose biliar secundária” é rara, pois os ductos biliares distendidos devido a estenoses benignas são descomprimidos assim que possível. Não obstante, um doente ocasional, em particular aquele que um cirurgião inapto ou azarado tentou várias vezes aliviar a estenose do ducto biliar, pode desenvolver cirrose biliar secundária”

Embora a cirrose biliar primária e secundária sejam entidades fisiopatológicas distintas em relação à agressão inicial, muitas características clínicas são semelhantes. Na perspectiva de Pinto e Batista (1985,p.410) “é agravada por infeções secundários de repetição, pode ser responsável pelo desenvolvimento de fibrose portal, e mais tarde por todas as manifestações de cirrose hepática, cirrose pós-necrótica, cirrose biliar primária, cirrose metabólica inespecífica”.

Uma vez que para essa investigação interessa debruçar mais sobre a cirrose de Laennec e tendo em conta a problemática do trabalho, pretende-se abordar não só a tipologia, mas também as manifestações clínicas, os achados laboratoriais, como diagnosticar, bem como o seu tratamento.

De acordo com Gonçalves (2006,p.59) a cirrose alcoólica é “conceituada como uma alteração degenerativa e inflamatória do fígado, causada por uso abusivo prolongada de etanol. Geralmente a ingestão de álcool é superior a 160 gramas por dia, (...) a quantidade pode ser menor, entre 80 a 160 gramas e por menor tempo.”

Em relação à etiologia, ela deriva de ingestão excessiva de álcool num período de tempo considerado e de outras doenças hepáticas alcoólicas. Nem todas as pessoas que

bebem excessivamente desenvolvem hepatite alcoólica, enquanto pessoas que bebem menos podem ter a doença.

Chung e Podolsky destacam que (2006,p 1952):

“pode ser silenciosa, e muitos casos (10-40%) são descobertos durante uma laparoscopia ou necropsia. Em muitos casos os sintomas têm início insidioso, em geral ocorrendo após > ou = 10 anos de ingestão excessiva de álcool e pode apresentar fraquezas, fadiga, equimoses de fácil aparecimento e por fim a disfunção hepatocelular e da hipertensão portal, como icterícia progressiva, sangramento por varizes gastresofágicas, ascite e encefalopatia”.

Nos exames Laboratoriais pode-se detetar vários distúrbios metabólicos e de acordo com Chung e Podolsky (2006, p. 1952):

“achados laboratoriais pode-se encontrar hiperbilirrubinemia leve ou marcante, geralmente em associação com elevações variadas dos níveis séricos de fosfatase alcalina. O tempo de protrombina sérica mostra-se frequentemente prolongado, refletindo uma síntese reduzida de proteínas da coagulação, mais especialmente os fatores dependentes de vitamina K. Pode-se detetar vários distúrbios metabólicos. A intolerância à glicose devida a resistência à insulina endógena pode estar presente, entretanto, o diabetes clínico é raro”.

Com os sinais e sintomas torna-se mais fácil confirmar o diagnóstico. O médico pode decidir solicitar vários exames ao utente, se o diagnóstico não pode ser confirmado pelos exames, pode ser feita uma biopsia do fígado.

E acrescenta Chung e Podolsky (2006,p.1953) “deve-se suspeitar fortemente de cirrose alcoólica nos pacientes com história de ingestão prolongada ou excessiva de álcool e sinais físicos de doença hepática crónica. A biopsia hepática percutânea por agulha pode ser útil para distinguir os pacientes com doença hepática menos avançada daqueles com cirrose e na exclusão de outras formas de lesão hepática, como hepatite viral”.

Se um utente for diagnosticado com doença hepática alcoólica, é necessário interromper o uso do álcool, única forma de reverter os danos ao fígado ou prevenir que a doença agrave mais.

Afirma Chung e Podolsky (2006,p.1953): “a cirrose alcoólica é uma doença grave que requer supervisão médica e tratamento cuidadoso a longo prazo. O tratamento específico é dirigido a complicações específicas como sangramento varicoso e ascite. Todos os fármacos devem ser administrados com cuidado no paciente com cirrose, especialmente aqueles eliminados ou modificados por meio do metabolismo hepático ou das vias biliares”.

A principal causa da cirrose entre os pacientes é o álcool. O abuso de bebidas alcoólicas pode causar danos hepatócitos. Para Lima (2007, p. 10) “relativamente às causas da cirrose essas variam mas, apesar das causas variarem, todas resultam no mesmo processo.

1.6.3 Etiologias da Cirrose Hepática

Quanto à etiologia são vários os fatores que contribuem para o aparecimento dessa patologia como sendo problemas que afetam o indivíduo. A cirrose hepática está associada a inúmeras causas entre elas a infecções virais, uso de medicamentos, distúrbios vasculares e fatores metabólicos. As hepatites virais crônicas e o alcoolismo crônico estão entre as principais causas da cirrose.

Segundo Robins e Cotron (2006, p. 466) “a cirrose é classificada com base na etiologia: uma vez instalada a doença, a etiologia pode ser impossível de ser estabelecida”. As causas principais no mundo são: Doenças hepáticas alcoólicas - 60/70%, Hepatite viral- 10%, Doenças biliares - 5/10%, Hemocromatose primária - 5%, Doenças de Wilson - rara e cirrose criptogénica - 10/15%”.

De acordo com as etiologias é notável que elas variam muito de pessoa para pessoa, o que depende de vários fatores que influenciam no aparecimento dessa patologia, principalmente pelo estilo de vida que a pessoa adota. Segundo Pinto e Batista (1985,p.393) “as causas mais comuns são álcool, doenças das vias biliares, insuficiência cardíaca congestiva grave, doenças metabólicas, granulomatoses”.

Também há causas de cirrose provocada pelos vírus B e C e pelo uso de determinados medicamentos, afirmam Mendes et al. (2012, p. 14) que “o abuso do álcool é a principal causa da cirrose. Como o fígado é responsável pela metabolização dessa substância, quando exposto a doses excessivas de álcool, sofre danos em seus tecidos vitais que comprometem seu funcionamento”.

Segundo Sherlock, James (2002, P. 12) “o alcoolismo crônico e as hepatites virais são as causas mais frequentes de cirrose hepática, embora várias outras sejam conhecidas, devendo ser necessariamente investigadas”.

Segundo Isselbacher (1996,p.1813) ”Embora o alcoolismo crônico seja a causa mais comum de cirrose, a quantidade e a duração do etilismo necessário para causar cirrose continuam incertas. O alcoólatra típico com cirrose é aquele que consome diariamente por 10 anos, pelo menos. O período latente que antecede o desenvolvimento de cirrose tem relação inversa com o nível de consumo diário de álcool”.

Afirma Thomas (2003, p. 1382) “as causas menos frequentes da cirrose são insuficiência cardíaca congestiva direita, a hemocromatose, a doença de Wilson, a doença de armazenamento do glicogénio fibrose quística o *by-pass* do intestino delgado. Em alguns doentes a causa é idiopática”. Visto que a cirrose tem várias causas, percebe-se que a principal causa está mais relacionada com o alcoolismo.

1.6.4 Fatores de riscos

Não podíamos falar das causas sem referirmos ainda que de forma sucinta aos fatores de risco, porque eles são os principais contribuintes para acarretar o aparecimento da cirrose hepática.

Segundo Correia, Alves e Batista (1985, p. 367) “tem-se apontado fundamentalmente duas ordens de fatores. Fatores genéticos, constitucionais, fatores ambientais decorrentes, fundamentalmente, de cultura, educação, religião, classe social, publicidade e acessibilidade às bebidas alcoólicas”.

Por essas razões, nos últimos tempos, foi dada especial atenção aos fatores genéticos e, por outro às condições económicas, sociais e políticas da acessibilidade ao álcool. Segundo Goncalves (2009, p. 24) “pode ser consequência de vários fatores etiológicos nomeadamente álcool, infeções virais, doenças metabólicas, processos autoimunes ou patologia da via biliar”.

Na perspetiva de Alves (2013, p. 12) “a cirrose hepática esta assim dependente de vários fatores tais como o álcool, a persistência do estado de portador dos vírus das hepatites B ou C, das respostas imunológicas dos paciente ou da capacidade regenerativa do fígado e, mais recentemente, a obesidade tem assumido um papel crescente”.

Segundo Goncalves (2009, p. 32) “é conhecida desde há séculos a associação entre o consumo excessivo do álcool e o desenvolvimento da doença hepática. É provável que fatores genéticos, sociais e psicológicos desempenham um papel potencial e cumulativo.”

Vários fatores de risco são identificados. Entre eles a quantidade e o tempo que o álcool é ingerido e a existência de hepatites virais e os fatores genéticos. De acordo com Goncalves (2009, p. 36) “os fatores mais comuns são: fatores genéticos, a obesidade, a desnutrição, a exposição concomitante e hepatotoxinas e a sobrecarga de ferro”. Podemos ver que estes 2 últimos autores referem que a obesidade tem vindo a assumir um papel dominante e crescente no desenvolvimento das doenças hepáticas.

Na perspetiva de Paride (2000, s/p) “os fatores de risco são a quantidade de álcool ingerida, duração da ingestão, continuidade, sexo feminino, desnutrição, substâncias hepatotóxicas em bebidas alcoólicas, outras condições patológicas (obesidade, deposição de ferro, tabagismo), hepatite provocado pelos vírus B e C, fator genético (predisponente) ”.

1.6.5 Complicações da Cirrose

E como toda a doença se não for tratada a tempo tem suas complicações, a CH também não foge a regra. O fígado é o responsável pelo metabolismo do álcool e se for consumido em doses elevadas destrói os tecidos vitais e prejudica o bom funcionamento do órgão. São várias as complicações da CH e segundo Isselbacher (1996, p.1820):

“a evolução clínica de pacientes com cirrose avançada costuma ser complicada por inúmeras sequelas importantes que não dependem da etiologia da doença hepática subjacente e incluem hipertensão porta e suas consequências, (varizes gastroesofágica e esplenomegalia), ascite, encefalopatia, peritonite bacteriana espontânea, síndrome h pato e carcinoma hepatocelular”.

E para melhor complementar essa ideia Thomas (2003, p. 1397) afirma que “as pessoas com cirrose desenvolvem muito frequentemente a hipertensão portal que tendo como consequências a ascite, as varizes esofágicas e/ou a encefalopatia porto sist mica”.

As complicações vão surgindo cada vez que a doença vai evoluindo e Segundo Chung e Podolsky (2006,p.1954-1960):

“a evolução clínica dos pacientes com cirrose avançada é frequentemente complicada por várias sequelas importantes que impedem da etiologia da doença hepática subjacente. Estas incluem a hipertensão portal e suas consequências (varizes gastroesofágicas e esplenomegalia), ascite, encefalopatia hepática,

peritonite bacteriana espontânea, síndrome hepatorenal e hipoxemia e síndrome hepatopulmonar.”

A cirrose é uma doença terminal do fígado e com ela aparecem diversas doenças que podem levar a graves complicações e de acordo com Rubin, Farber (2008, p. 32) relativamente às complicações associadas às veias tanto “as veias porta e esplênica podem mostrar hemorragias endoteliais, trombos murais, placas na camada íntima, e podem sofrer calcificação. Essas veias geralmente inviabilizam cirurgias no sistema portal”.

Entre as complicações o autor Chung e Podolsky (2006, p.):

“hipertensão portal: a pressão normal na veia porta é baixa (5-10mmHg) porque a resistência vascular nas sinusoides hepáticas é mínima. Quando a cirrose é complicada por hipertensão portal, a resistência aumentada é geralmente sinusoidal. A hipertensão portal também pode originar-se de hiperfluxo sanguíneo (esplenomegalia maciça ou fistulas arteriovenosas), mas a baixa resistência ao fluxo de saída do fígado normal faz com que esta seja um problema clínico raro”.

Segundo Rigas e Spirro (1996, p. 592) “é resultado de um aumento no fluxo de sangue portal e ou aumento na resistência esplâncnica e portal ao fluxo sanguíneo. O local de resistência aumentada é, em geral, utilizado como método de classificar a hipertensão portal em três categorias: pré-hepática, intra-hepática e pós-hepática”.

Também Chung e Podolky (2006, p. 1963) destacam que “esplenomegalia é comum nos utentes com hipertensão portal grave. Raramente, a esplenomegalia maciça devida a doença não hepática leva a hipertensão portal devida ao hiperfluxo sanguíneo na veia esplâncnica.

A ascite também é uma das complicações da cirrose e segundo esse mesmo autor “ascite é o acúmulo de excesso de líquido dentro da cavidade peritoneal. É mais frequentemente encontrada nos pacientes com cirrose e outras formas de doença hepática grave, mas muitos outros distúrbios podem levar a ascite transmutativa ou exsudativa”. (*Ibidem*).

Afirma Rigas e Spirro (1996, p. 601) ” é o resultado de muitos fatores complexos, os mais importantes são a hipertensão portal, a hipoalbuminemia e a consequente redução na pressão osmótica plasmática, fatores vasodilatadores periféricos”.

A ascite pode levar à síndrome hepatorenal e segundo Chung e Podolsky (2006, p. 1963.) “é uma complicação grave no paciente com cirrose e ascite e caracteriza-se pela

piora da azotemia com retenção avida de sódio e oligúria na ausência de causas específicas identificáveis de disfunção renal”.

Esta complicação pode levar o indivíduo a sérios problemas mentais e na perspectiva de Chung e Podolky (2006, p 1964) “Encefalopatia hepática é uma síndrome neuropsiquiátrica complexa caracterizada por distúrbios na consciência e no comportamento, alterações da personalidade, sinais neurológicos variáveis, asterite ou “tremor adejante” e alterações eletrencefalográficas distintas.

E na perspectiva de Rigas e Spirro (1996, p. 608) “é um distúrbio episódico reversível da atividade mental, consciência e função motora nos doentes com hepatopatia aguda crónica. O papel da amónia ou de outros compostos na sua patogénica é incerto.

De acordo como os autores pode parecer que ela provoca danos na mente do portador, acrescenta Pinto e Batista (1985, p. 428) que “envolve um conjunto de situações caracterizadas por perturbações psíquicas e neurológicas que acompanham a insuficiência hepática aguda e crónica. Correspondem a quadros muito variados, desde discretas perturbações da consciência até ao coma profundo”.

1.6.6 Diagnóstico e exames laboratoriais da Cirrose Hepática

Sabe-se que para diagnosticar qualquer patologia é preciso que o indivíduo passe por vários exames até que o médico possa saber concretamente de que patologia a pessoa sofre. Sendo assim é preciso repetir os exames para poder confirmar o real estado do paciente.

E de acordo com Pinto e Baptista (1985, p.406-407):

“o diagnóstico definitivo exige exame morfológico, macroscópico (perineoscopia) ou, o que é preferível, microscopia (biopsia hepática). Alterações difusas da estrutura hepática podem ser detetadas por ultrassonografia, tomografia axial computadorizada, cintigrafia ou arteriografia”.

A doença hepática também pode ser diagnosticada de acordo como o histórico pessoal do paciente, expansão do perímetro, como o ganho de peso recente, pelo estado clínico, entre outros.

Segundo Pinto e Baptista (1985, p.406) o diagnostico provisório baseia-se em:

1-Quadro clínico sugestivo:

- Estigmas de doenças hepáticas crônicas:
- Sinais de insuficiência hepatocelular e hipertensão portal, com ou sem encefalopatia porta-sistêmica.

2-História dos fatores etiológicos:

Alcoolismo crônico, hepatite aguda seguida de crônica (ou persistência de marcadores do vírus de hepatite B) obstrução biliar, etc. (*ibidem*)

3-Alterações laboratoriais sugestivas:

- Prolongamento do tempo de protrombina:
- Hipoalbuminemia e hiperglobulinemia:
- Alterações variáveis de bilirrubina e transaminases.

O diagnóstico da cirrose hepática é feita com base nos sintomas, testes laboratoriais, histórico médico e exame físico.

Complementando esta ideia Chung e Podolsky (2006, p.1951) frisam que:

“as manifestações clínicas e os achados laboratoriais geralmente são suficientes para fornecer uma indicação razoável da presença e extensão da lesão hepática. Embora em geral seja desnecessária para confirmar os achados típicos de hepatite ou cirrose alcoólica, a biópsia hepática percutânea por agulha pode ser útil para distinguir os pacientes com a doença hepática menos avançada daqueles com cirrose e na exclusão de outras formas de lesão hepática, como a hepatite viral”.

Frequentemente, o paciente com cirrose procura atendimento médico com as complicações da doença como já tínhamos referido anteriormente, a cirrose pode ocorrer com o uso do álcool em grandes quantidades e de acordo com Rigas e Spiro (1996,P.591):

O diagnóstico da cirrose hepática demonstra nódulos hepáticos com fibrose, utiliza métodos como a laparotomia e a laparoscopia e possibilita visualizar as lesões com a realização da biópsia hepática, afirma Giorgio, A., Amoroso, P., Lettieri, G. (1986, p. 161) que “através da utilização da ultrassonografia abdominal, a cirrose é sugerida através da observação de irregularidades na textura e nodularidade na superfície hepática, além do aumento da cogenicidade hepática, o lobo caudado é extensamente envolvido em relação ao lobo direito”.

De acordo com Garcia (1995, p. 24) outros exames que a pessoa pode fazer é “a tomografia computadorizada de abdômen que também serve para o diagnóstico da cirrose de muitas complicações. Nos estágios iniciais da doença os achados podem ser

inespecíficos tais como a estenose hepática. Em estágios avançados o contorno hepático torna-se nodular, há redução do tamanho do órgão.

Já para Schuppan e Afdhal (2008, p. 851) a “biopsia é considerada o padrão de ouro para o diagnóstico da cirrose e graduar o estágio inflamatório e fibrótico do paciente a fim de obter o risco de progressão da doença. Além do mais a biopsia é importante para que se estabeleça a causa da cirrose.

1.6.7 Tratamento

Em vários estudos recentes, tem-se observado avanços na prevenção e no tratamento das complicações decorrentes da cirrose, possibilitando a grande utilidade para a prática clínica.

Quando é possível colocar o fim ao agente causador (álcool, vírus etc.) pode ocorrer uma grande melhoria e para Isselbacher, (1996,p.1815):

“a cirrose hepática é uma doença grave que exige supervisão médica e cuidados terapêuticos por tempo prolongado. Todas as medicações precisam ser administradas com cautelas ao paciente cirrótico, em especial aquelas que são eliminadas ou modificadas por metabolismo hepático ou pelo sistema biliar. Em particular, é preciso cuidado para evitar o uso excessivo de fármacos que possam precipitar, de maneira direta ou indireta, complicações da cirrose”.

De acordo com Diepenbrock (2005, p. 1002) “o tratamento farmacológico exige cuidados especiais porque o fígado cirrótico não consegue desintoxicar eficazmente as substâncias perigosas. Podem ser prescritos antiácidos, para diminuir o desconforto gástrico e reduzir a possibilidade de sangramento”.

E também no ponto de vista de Castro, Coelho (2004, p. 498) “os diuréticos de alça podem ser indicados para reduzir a ascite e o edema. Contudo, o uso de diuréticos deve ser monitorado cuidadosamente, porque os distúrbios hidroeletrólíticos podem desencadear a encefalopatia hepática. Pode-se indicar vasopressina para tratar as varizes esofágicas”.

Todos sabemos que é difícil para o utente mas, com a ajuda, eles vão encarando a doença com mais seriedade e mais confiança de acordo com o que diz Antczak (2005, p. 352) ” a chave para o sucesso do tratamento é dar apoio ao paciente. Visitas são essenciais para prevenir perdas de seguimento”.

Quando uma pessoa consome álcool é difícil controlar a sua mente e de acordo com Robbins (2005, p. 987) “recentemente uma nova medicação tornou-se disponível, a naltrexone, a qual reduz o desejo incontrolável de consumir o álcool em uma variedade de distúrbios de toxicomania, incluindo o alcoolismo. Ela parece ser útil, sempre que associada a modificações de comportamento”.

Segundo Tierney; Mcphel, Papadakis (2001, p.1823) “várias outras modalidades terapêuticas têm sido relatadas como eficazes, mas não são largamente aceitas, pois foram observados episódios de hipoglicemia em alguns casos, e ocorreram dois casos de óbito. Entre elas temos a utilização do propiltiouracil e o tratamento combinado glucagon e insulina”.

Conforme afirma Robbins (2005, p. 965) “a colchicina é um medicamento que, teoricamente, poderia ser útil no tratamento da cirrose. Experimentalmente, a colchicina inibe tanto a síntese, como a secreção de colagénio, estimulando a produção de collagenoses”.

E com a mesma ideia completam esses autores, Tierney, Mcphel, Papadakis (2001, p. 1953) “se a colchicina e/ou fosfatidilcolina polinsaturada forem eficazes, o transplante hepático poderá não ser a única opção disponível para futuros pacientes em estágio final de doença hepática”.

Cada médico vai de acordo com a sua experiência não a um cuidado específico da cirrose e com isso Thomas (2003, p. 1386) diz que “não há cuidados médicos específicos para o tratamento da cirrose. Os cuidados são dirigidos para a remoção ou tratamento dos fatores causais, tais como o alcoolismo, a obstrução biliar, as infecções e os problemas cardíacos e na prevenção de lesões hepáticas adicionais”.

De acordo com a OMS (2006: s/p):

“a reversão da cirrose ainda não se mostrou viável. O tratamento consiste em medidas para evitar o avanço do problema. A cura da cirrose, atualmente, só é possível a partir do transplante de fígado. No que se refere à dieta, é indicado evitar o excesso de sal, frituras e carne vermelha. O consumo de álcool é completamente proibido e as refeições devem ser realizadas sempre em pequenas porções, divididas ao longo do dia”.

1.7 A Assistência/Cuidar de enfermagem:

1.7.1 Cuidar de enfermagem:

O cuidar implica colocar-se no lugar do outro, cuidar em enfermagem consiste em enviaar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência e segundo Vargas, Labate (2005, p. 765):

“a enfermagem no cuidado ao paciente portador de cirrose hepática alcoólica é de suma importância, pois este necessita de acompanhamento dia após dia, para que se possa observar e fazer a evolução da recuperação destes pacientes, com isso diminuindo os riscos de complicações severas, a fim de atender às necessidades básicas do indivíduo. Por ser o enfermeiro o profissional que tem o maior contato com o paciente alcoolista durante a internação, o relacionamento entre eles deve favorecer a construção de um ambiente que possa influenciar a decisão do paciente em facilitar o tratamento”.

O enfermeiro é o único que conhece todas as dificuldades do doente, e de acordo com Smeltzer, Bare (2005, p. 578) “o cuidado do enfermeiro com o paciente cirrótico é mantê-lo em repouso e acamado para que o fígado possa restabelecer a sua capacidade funcional. Se o paciente estiver hospitalizado, o peso e a ingestão de líquidos, bem como as eliminações, são medidos e registrados diariamente”.

Os enfermeiros têm vindo a prestar muitos cuidados a esses doentes com essa doença, Carpenito (2006, p.456) explicita que:

“a enfermagem deve Monitorar a hemorragia investigando os sinais vitais, hematócrito, hemoglobina, fezes (quanto ao sangue oculto) e o tempo de protrombina, pois o fígado tem um papel central na hemostasia. A contagem diminuída de plaquetas resulta da diminuição da sua produção pela medula óssea. A liberação diminuída de plaquetas velhas pelo sistema reticuloendotelial também resulta. Além disso, a síntese de fatores coagulatórios está prejudicada, resultando em sangramento. O local mais frequente é o trato gastrointestinal superior”.

Smeltzer e Bare (2005, p.579), afirmam que “a enfermagem deve ensinar o cliente a comunicar o sangramento incomum (na boca após escovar os dentes) e as áreas esquimóticas: as mucosas são mais propensas ao traumatismo devido a sua grande superfície vascularizada. O sangramento indica a diminuição de plaquetas e fatores de coagulação.”

Estes mesmos autores estão na mesma linha de pensamento de Porth (2002, p. 567) ao dizerem que: “deve-se monitorar as varizes esofágicas (presença de hematêmese e melena) pois, um terço dos pacientes com cirrose alcoólica e varizes esofágicas apresentam sangramento. As varizes são veias tortuosas dilatadas na parte inferior do esôfago”.

Segundo Carpenito (2006, p. 457), “a enfermagem deve monitorar os sinais e sintomas de hipoglicemia, pois, a hipoglicemia é causada pela perda de reserva de glicogênio no fígado pelas células danificadas e a diminuição da concentração sérica de glicose, insulina e hormônios de crescimento”.

Knobel (2006, p. 987) enfatiza que é função da “enfermagem monitorar os sinais e sintomas de colcogênio através de restrição hídrica, e nos casos sintomáticos com soluções de cloreto de sódio, a capacidade reduzida dos rins de excretar resulta na hiponatremia dilucional.”

É uma grande responsabilidade do enfermeiro na hora da administração dos medicamentos, Carpenito (2006p.500) diz:

”enfermagem deve investigar os efeitos colaterais das medicações, pois, a disfunção hepática resulta na diminuição do metabolismo de certos medicamentos (os opiáceos, os sedativos e os tranquilizantes), aumentando o risco de toxicidade pelos altos níveis sanguíneo do medicamento. Deve-se evitar a administração de narcóticos, sedativos e tranquilizantes e a exposição do cliente a produtos de amônia, pois, a disfunção hepática resulta na diminuição do metabolismo de certos.”

Na sugestão de Andreoli (2008, p.456):

“diz que a ascite cirrótica deve ser controlada através de dietas hipossódicas, diuréticos (espironolactona e furosemida) quando prescritos e restrição de sódio menos que 2g/dia, e quando intratável paracentese esvaziadora com reposição volêmica com albumina endovenosa. A diurese deve ser acompanhada com bastante cuidado já que o tratamento pode resultar em hipocalemia e depressão do volume plasmático, provocando encefalopatia hepática e diminuição da função renal. Monitorar falência renal, investigando a ingesta e eliminação, densidade específica da urina, valores laboratoriais (nível de sódio sérico), pois, o fluxo sanguíneo hepático obstruído resulta na diminuição do sangue aos rins, prejudicando a filtração glomerular e levando a retenção de líquidos e a diminuição da eliminação urinária”.

A família é o suporte básico para que o utente consiga ultrapassar as fases difíceis da doença e para Carpenito (2006, p.501):

“deve-se ensinar o paciente e a família a comunicar os sinais e sintomas da hipertensão, pois, a retenção de líquidos e a sobrecarga podem provocá-lo, explicar a necessidade da dieta rica em proteínas e calorias e baixa em sal, combinar com o médico se o paciente pode usar um substituto ao sal, evitar os

que contenham amoníaco, pois, o amoníaco eleva os níveis séricos de amônia podendo contribuir para o coma hepático.”

É extremamente importante mostrar ao utente como deve minimizar as náuseas quando está a fazer a sua alimentação, dar-lhe força e na opinião de Smeltzer, Bare (2005, p. 579) “Deve-se ensinar ao paciente medidas para reduzir as náuseas como: evitar o odor da preparação dos alimentos, e tentar comer alimentos frios, que têm menos odor, afrouxar as roupas ao comer, sentar ao ar fresco ao comer, evitar deitar-se após comer, a congestão venosa no trato gastrointestinal predispõe a náuseas”.

1.7.2 Assistência de Enfermagem ao Doente com Cirrose Hepática:

Desde a antiguidade a palavra cuidar esteve ligada estreitamente à enfermagem, muitos anos depois viu-se que o cuidar está em todas as outras profissões. De certa forma está ligada mais a enfermagem porque é a arte de cuidar.

Segundo Leopardi (1994, p. 29) ”com a evolução da enfermagem, adquiriu um novo conceito, passado a ser um serviço apresentado na sociedade de consumo.

A palavra cuidar vem do latim *cogitare* (cogitar) e enquanto Cunha (1982, p. 232) “cuidar é imaginar, meditar, cogitar, aplicar atenção. O cuidar possui múltiplas dimensões e muitas perspectiva e de acordo com Ferreira (2007, p. 172) ”o pensamento e imaginação.”

Quando cuidamos de alguém há um sentimento que se oferece e pode ser retribuído de varias formas e, normalmente esperamos que a pessoa retribui a esse sentimento e, complementado a ideia Morin (1999, p. 10) diz que ”é um sentimento e um elemento de equilibrio para a vida” e de acordo com Boff (2004, p. 190) “o cuidar vive do amor primal, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da medida justa em todas as coisas”.

Cuidar não é apenas um sentimento primitivo, pois segundo Waldow (1998, p. 73) “o cuidar envolve a percepção de que acresce ao ver e ao observar o aspecto cognitivo (de conhecimento e intuição) ”

Quando cuidamos de uma pessoa demostramos o quando ela é importante para nós, por isso temos que ter preocupação, responsabilidade e acima de tudo dedicação para com essa pessoa. Afirmo Boff (2004, p. 33) “o cuidar é mais que um ato é uma atitude,

portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade para com o outro”.

O enfermeiro é o principal cuidador pelo que com ele as pessoas demonstram toda a confiança. Para melhor entender esta frase Maturana (1999, p. 24) diz que “só são sociais as relações que se fundem na aceitação do outro como legítimo na convivência, e que tal aceitação é o que constitui uma conduta de respeito”.

Durante o estágio profissional aprendemos que o profissional na hora de executar uma terapêutica estabelece um acordo com o utente e ambos são responsáveis pelo tratamento. E desta forma os autores estão comprometidos e são importantes no estabelecimento de uma relação social.

E de acordo com Waldow (1998, p. 209-224) “a relação de ajuda, para os cuidadores e seres cuidados, se expressa no envolvimento (...) o cuidador se torna uma referência para a outro. Alguém em quem ele pode confiar e buscar apoio quando necessário”.

A assistência de enfermagem é fundamental para a melhoria do utente e com isso Boff (2004, p. 161) “a assistência e o cuidado de enfermagem devem contribuir para a estimulação e a manutenção da saúde dos pacientes, respeitando a sua privacidade, independência e autonomia, pois o excesso de cuidado tira a espontaneidade das pessoas e origina a vaidade, o narcisismo e a afetação”

1.8 Valores e princípios que orientam a prática de enfermagem

Valores são padrões sociais aceites pelos indivíduos e dependem, geralmente, da cultura ou princípios de cada indivíduo. Cada um tem os valores que adquire ao longo da sua vida.

E de acordo com Ross (2001, p. 49) “valor é algo que possa ser observado, que tenha significado para um grupo social e com relação ao qual se possa tomar uma atitude e na mesma linha de pensamento Spranger (1928, p. 38) afirma que “os valores são um conjunto de gostos, pontos de vista, preferências internas, julgamentos racionais e irracionais, preconceitos e padrões da associação que determinam a visão de um mundo e de um indivíduo”.

Valores são crenças que os indivíduos levam para o resto da vida e afirma Rokeach (1973, p.56) que “valor é uma crença duradoura na qual do modo específico de conduta de estado final de existência é pessoal, ou ainda socialmente preferível a um modo de conduta”.

Os valores podem ser negativos ou positivos dependendo da forma como o indivíduo os usa e, segundo Hofstede (2001, p. 67) “são sentimentos orientados com lado positivo ou negativo, bom ou mau, limpo ou sujo, racional ou irracional. Havendo uma diferença entre o comportamento real e o desejado, as pessoas agem para alcançar o que desejam, ou seja os valores vinculam-se ao desejo”.

E desta forma afirma Rohan (2000, p. 255) que “os valores são a melhor forma de viver equilibrando o que as pessoas buscam pelo que é desejável pela sociedade e o que elas desejam para elas, os valores são a busca constante do equilíbrio entre o desejado e o desejável”.

E para Schwvartz in Ross (2001, p. 53) “os valores são como metas que podem motivar a acção.” O indivíduo não nasce com valores, ele os vai adquirindo durante a sua vida podendo ser elas positivas ou negativas.

Taylor (2007, p.s./p) “define valor como uma crença, sobre a importância de alguma coisa, sobre o que é relevante, como uma directriz para orientar o comportamento de alguém. Valores são tudo aquilo que merece ser desejado como a saúde, riqueza, educação, felicidade, entre outros”.

E de acordo com Taylor (2007, p/s) “os enfermeiros entendem como os valores dos doentes e os seus próprios dão forma às interações enfermeiro - doente e os que desenvolvem de forma continua a sensibilidade e as dimensões éticas da prática de enfermagem estão mais capacitados para prestar um cuidado e defender seus doentes”.

E na perspectiva de Costa (2007,s/p) “valores são características da organização que constituem virtudes qualidades e méritos considerados importantes para o cumprimento da missão e para perenizar os princípios”. Os valores devem ser preservados e estimulados, para que haja uma boa prática de enfermagem.

E acrescenta Tamayo (1998, p. 52) que (...) valor diz respeito à oposição que o ser humano estabelece entre o principal e o secundário, entre o essencial e o acidental, entre o

desejável e o indesejável, entre o significativo e insignificante, ela expressa a ausência de igualdade entre as coisas, os fatos, os fenómenos ou ideias”.

1.9.1 Tipos de valores

Não se pode falar em valores sem se debruçar sobre os tipos de valores uma vez que é um dos conceitos chave a aprofundar no enquadramento

Segundo Taylor (2007, p/s) “os tipos são: altruísmo, autonomia, dignidade humana, integridade, justiça social”. Já para Regina (2009, s/p) os tipos de valores são valores materiais, valores estéticos, valores morais e valores religiosos”.

Para essa mesma autora Regina (2009, s/p):

“valores materiais são aqueles que satisfazem directamente as necessidades do nosso corpo. Alguns valores materiais são indispensáveis. Sem alimentos por exemplo ninguém vive. Outros valores são úteis, mas dispensáveis, como uma bicicleta, por exemplo. Outros chegam a ser supérfluos. Valores estéticos referem ao nosso gosto em relação à beleza. São os valores de expressão. Exemplo: belo, feio, sublime, harmonia. Valores morais são indispensáveis à convivência humana. Por exemplo é muito difícil viver numa sociedade em que não se praticam a justiça e a verdade. Os valores religiosos referem-se às relações de Deus com os homens. Deus é um valor supremo”.

Os valores e os princípios éticos orientam as práticas, pois levam a reflexões e desenvolvimento de ações que garantem uma boa prática clínica Segundo Zoboli e Schweitzer (2013, p.2):

“ (...) a enfermagem é uma profissão dinâmica, sujeita a constantes transformações e à incorporação de reflexões e acções sobre novos temas e problemas, mas sempre se guiando pelo princípio ético de manter ou restaurar a dignidade em todos os âmbitos da vida, para isso, os enfermeiros necessitam desenvolver visão compreensiva e interativa das questões sociais e da saúde, em consonância com a complexidade dessas áreas e as pluridades da sociedade atual”.

Esses mesmos autores complementam que “para responder à finalidade social da prática e interligar os elementos técnico e ético do cuidado de enfermagem, é preciso que o enfermeiro conjugue, no quotidiano do trabalho, princípios e valores com competência técnica, numa atmosfera de responsabilização e acolhimento” (*Ibidem*).

Os enfermeiros tem de cuidar do doente oferecendo-os a ele respeito, compressão e atenção e entre outros e de acordo Zoboli^{1e} Schweitzer (2013,p.2) afirmam que:

“isso requer dos enfermeiros sensibilidade humana que se manifesta no interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto pelo outro e pela comunidade. Também implica engajamento político na transformação do que é incompatível com a dignidade do ser humano, a fim de eliminar as desigualdades desnecessárias, evitáveis e fomentar o que faz viver bem e com qualidade. O compromisso é o âmago das práticas sociais. Nele, estão os valores balizadores da prática, como imagens-objetivo a serem concretizadas, em maior ou menor medida, nas atividades de cada prática (4). Na enfermagem, esse compromisso é de cuidado e cria o apelo ético de responsabilização radical na promoção da pessoa, respeitando e fomentando sua autonomia, cidadania, dignidade e saúde. Na prática profissional, os valores constituem eixos em torno dos quais giram suas atividades e espirala sua excelência. Por serem construções, os valores de uma prática social precisam ser compreendidos por meio de olhares interpretativos de sua história e abertos para a realidade atual e desafios futuros”.

Através de reflexões consegue-se ter a percepção de como são desenvolvidas as ações, consegue-se identificar os problemas e arranjar estratégias para evitar que tais acontecimentos voltem a acontecer e prevenir outras situações que possam surgir.

1.9 Diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) para o doente com cirrose hepática

Após a explanação sobre os conceitos que abarcam a cirrose hepática é fundamental descrever os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para o doente com cirrose hepática, e de realçar que o quadro com todos os factores de riscos e as características definidoras relativamente aos diagnósticos se encontram em (Apêndice).

Diagnósticos de enfermagem NANDA	Intervenções de enfermagem
Volume de líquido excessivo relacionado com o mecanismo regular comprometido caracterizado por edema e ascite	1Realizar balanço hídrico, Pesar o paciente em jejum diariamente, Monitorizar os níveis de eletrólitos Realizar medida de circunferência abdominal diariamente em jejum
Padrão respiratório ineficaz relacionado com a energia diminuída caracterizado por dispneia	2Manter a cabeceira elevada (30°) Monitorizar frequência e ritmos respiratórios Monitorizar gasometria arterial Instalar oximetria de pulso
Confusão aguda relacionada com o abuso do	Estabelecer uma relação de confiança com o

álcool caracterizada por alucinações	utente Proporcionar ambiente de segurança Manter grades laterais do leito elevado Controlar alucinações
Risco de integridade da pele prejudicada relacionado com o estado dos líquidos alterados e alterações no turgor da pele	Realizar hidratação da pele diariamente com emoliente Monitorizar ressecamento e húmida excessiva da pele Inspeccionar as condições de hidratação da pele durante o banho Manter as unhas do paciente curtas
Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz relacionada com a redução mecânica do fluxo sanguíneo venoso caracterizado por sons intestinais diminuídos e distensão abdominal	Observar a distensão abdominal (ascite) Monitorizar resultados laboratoriais (electrolíticos) Monitorizar estado nutricional Atentar para vómitos ou hematótese
Conhecimento deficiente relacionado com a falta de exposição caracterizado por dificuldade em verbalizar conhecimentos sobre a sua patologia	Avaliar capacidade cognitiva do paciente Orientar o utente quanto à sua patologia Ensinar e incentivar o autocuidado Esclarecer dúvidas do utente
Intolerância à actividade relacionada com o desconforto abdominal caracterizada por dispneia	Promover exercícios para a deambulação Monitorizar sinais vitais antes e após a caminhada Proporcionar terapia ocupacional Promover exercício para fortalecimento
Constipação relacionada com a motilidade diminuída do trato gastrointestinal caracterizado por frequência diminuída das evacuações	Monitorizar sinais e sintomas da constipação Monitorizar eliminações intestinais e ruídos hidroaéreos Planejar dieta adequada Sugerir laxante ou enema conforme apropriado

Fonte: Elaboração própria

1.10 Teoria de Enfermagem:

Tendo em conta que essa investigação é centrada na área da enfermagem, faz todo o sentido eleger uma teoria que se relacione sobre a temática e debruçar sobre a sua essência. A teoria que vai de encontro com a temática em estudo é a da Virgínia Henderson, esta teoria é baseada no cuidado do utente onde todas as necessidades básicas estão em primeiro plano.

Foi eleita a teórica Virgínia Henderson uma vez que ao falar do doente com cirrose hepática emerge como essencial a avaliação das suas necessidades diariamente uma vez que

são doentes que necessitam de um cuidado holístico e de uma atenção precisa do profissional enfermeiro que deve estar atento 24 horas.

No ano de 1955, Virgínia Henderson pela primeira vez publica o conceito de enfermagem na revisão da obra, **the Principles and Practice of Nursing**. A teoria de Virgínia sofreu várias influências nos primeiros anos de enfermagem.

Segundo Tomey (2002, p. 114) Henderson em 1966 define enfermagem como a (...) única função da enfermeira é de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários (...).

Virgínia Henderson valoriza a componente dos cuidados de enfermagem, diz ela que, para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita se colocar no lugar do doente, só assim ela consegue cuidar do doente com mais cuidados. E o doente deve ser visto como um todo holístico, se uma necessidade estiver afectada esta repercute nas demais necessidades.

De acordo com Tomey (2002,p.114) as 14 necessidades humanas sobre as quais se desenrolam os cuidados de enfermagem são:

“respirar normal, comer e beber de forma adequada, eliminar os resíduos corporais, movimentar e manter a postura correcta, dormir e descansar, escolher a roupa - vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a selecção de roupa e modificação de ambiente, manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos, evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros, comunicar-se com os demais (expressando emoções, necessidades, temores e opiniões), realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um, trabalhar a modo de sentir-se realizado, jogar ou participar em diversas formas de recreação, aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis”.

Em relação ao doente com cirrose hepática este apresenta as seguintes necessidades humanas fundamentais alteradas: respirar, comer e beber; movimentar; eliminar; dormir e repousar...

Na perspectiva de Phaneuf (2001, p. 36) o modelo conceptual de Virgínia Henderson como a organização conceptual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento óptimo da sua independência”.

Faz parte dos conhecimentos dos enfermeiros saber quais as necessidades que se encontram afectadas e como fazer para satisfazer as necessidades dos doentes sendo que de acordo com a teórica Virgínia, a partir do momento em que uma necessidade se encontra alterada basicamente todas as outras encontram-se afectadas uma vez que são relacionadas umas com as outras e uma pessoa só é considerada como tal quando tem as suas 14 necessidades básicas fundamentais.

Tendo apresentado todos os conceitos relacionados com a temática passa-se ao novo capítulo onde se pretende debruçar sobre a metodologia.

CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICO

2. Metodologia da pesquisa

Este capítulo pretende apresentar a metodologia da investigação em estudo, tem como objetivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico que foi usado no decorrer do trabalho. Isto permite também a realização de um estudo prático com o qual se pretende dar respostas à pergunta em investigação e alcançar os objetivos propostos.

Para Fortin (2009, p.310), a metodologia é:

“a fase de apresentar a metodologia de investigação formulada. É nesta fase que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com o objetivo de apresentar as questões metodológicas como o instrumento de recolha de dados, a amostra selecionada e os procedimentos efetuados para a elaboração do estudo.”

Relativamente ao percurso, primeiramente foi delineado um projeto onde se delimitou o tema da pesquisa, os objetivos, a pergunta de partida e de seguida as palavras-chave, como assistência, enfermagem, cirrose hepática e valores. Mas para fazer a fundamentação teórica do estudo houve a necessidade de se recorrer a fontes bibliográficas como livros, artigos publicados, trabalhos de investigação produzidos no âmbito académico e em bases de dados on-line principalmente RCAAP, SCIELO.

2.1 Tipo de Pesquisa

Tendo em conta as características da presente investigação e melhor forma de compreensão sobre a assistência de enfermagem ao doente de cirrose hepática, considerou-se pertinente empregar uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória, da abordagem fenomenológica. Este estudo é o que mais se adequa a essa investigação, no sentido em que o objetivo da presente investigação não é quantificar mas sim analisar percepções individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo. Este estudo é descritivo na medida em que pretende identificar, compreender e descrever a Assistência de Enfermagem ao doente com Cirrose Hepática.

E de acordo com Craig e Smith (2002,p.137) a pesquisa descritiva qualitativa, tem como objectivo, “produzir compreensão do mundo social, praticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidas”.

Para Fortim (2009, p. 37), “ a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista à elaboração de teorias”.

O estudo é exploratório porque é o tema de trabalho de conclusão de curso feito na universidade, ainda é um tema pouco explorado e com poucos trabalhos de campo realizados sobre a nossa realidade, em que a pesquisa foi feita através de revisões bibliográficas de conceitos e posicionamentos de diversos autores, publicados em livros e artigos.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque visa recolher e analisar os conhecimentos dos participantes acerca da temática em estudo. Desta feita pertence-se identificar as percepções dos mesmos. De acordo com Fortim (2009:36),” a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objectivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas”.

2.2 Instrumento de Recolha de Dados

Tendo em conta o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados seleccionado foi a entrevista estruturada e de acordo Giroux e Temblay (2002) “consiste em observar e em descrever de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação”, pois, acredita-se ser o mais relevante para atingir os objetivos delineados, possibilitando desta feita a identificação e a análise das percepções dos entrevistados. A entrevista, sendo um instrumento de recolha de dados, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação.

Para Fortin (1999, p.236), “ a entrevista é um método de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, num período de tempo compreendido entre os meses de Maio a Julho, através da utilização de entrevistas semiestruturada e com auxílio de um guião de entrevista (ver Apendice 4).

As entrevistas foram realizadas pessoalmente aos profissionais de saúde do Hospital Baptista Sousa no Serviço de Medicina tendo duração compreendida entre 15 a 20

minutos. Respeitou-se a privacidade dos mesmos e o ambiente foi o mais adequado para proceder a essa entrevista por forma a assegurar assim a fiabilidade do estudo.

2.3 Campo Empírico

Relativamente ao campo empírico é sempre importante no trabalho dar a conhecer qual o campo empírico de modo a perceber quais as reais constituídos do mesmo de forma a saber se estas influenciam na prestação de cuidados.

O campo empírico escolhido para a pesquisa foi o serviço de Medicina, onde os doentes são internados no decorrer da doença e onde também se processa todo o tratamento prescrito até a alta hospitalar.

O serviço acima referido é uma unidade de internamento composta por uma equipa multidisciplinar de doze (12) enfermeiros distribuídos por turnos, uma (1) enfermeira chefe, dez (10) médicos, uma (1) nutricionista, uma (1) fisioterapeuta, (1) psicólogo, quatro (4) ajudantes de serviços gerais que são distribuídos por turnos e uma (1) copeira. Referente aos recursos materiais é constituído por cinco (5) quartos com sete (7) camas cada um, tem duas (2) casas de banhos um masculino outro feminino, um (1) quarto de ajudante de serviços gerais, um (1) quarto de enfermeiros, um (1) gabinete de enfermagem, uma (1) sala dos médicos, uma (1) copa e uma (1) casa de banho para os enfermeiros.

2.4 População Alvo

A população alvo é a população que se pretende inserir no estudo de modo a obter informações pertinentes para a pesquisa complementando com ideia de Fortim (2009, p. 69) a “ população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar o propósito da qual deseja fazer generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns ou permite delinear com precisão o tema de estudo e assim obter dados juntos da pessoa ou grupo homogéneo”.

A população - alvo são os enfermeiros do Hospital Batista de Sousa do serviço de Medicina. Foram escolhidos cinco (5) enfermeiros deste serviço. A importância desta

população centra-se fundamentalmente, na riqueza dos dados que revelam, as experiências individuais ou específicas de cada sujeito.

Esta caracterização permite explorar a riqueza das informações recolhidas e sustentada pelas experiências individuais de cada sujeito. E para selecionar os enfermeiros para participarem no estudo foram utilizados os critérios de inclusão e a exclusão, constituindo elementos de inclusão no estudo:

- Ano de experiência;
- Ser enfermeiro de medicina;
- Vontade de participar no estudo;
- Ter mais de 10 anos de experiência.

2.5 Aspetos Éticos

Os aspectos éticos constituem um conjunto de procedimentos que são realizados de modo a garantir a privacidade e anonimato dos participantes do estudo uma vez que o estudo visa obter informações fidedignos sem comprometer e nem prejudicar os participantes.

Segundo Fortin (1999, p.114), a ética “ no sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Para a realização desta investigação, a pesquisa foi autorizada pela Comissão Ética do Hospital Batista de Sousa (Anexo 2), em resposta a um pedido de autorização (Apendice 2), para aplicação de uma entrevista na estrutura, sendo esta aprovada pela mesma.

Os enfermeiros que foram entrevistados receberam toda a informação sobre a pesquisa e seus objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Apendice 3) e disponibilizaram todas as informações de forma livre e autónoma.

Neste sentido, as entrevistas em si foram realizadas de forma individual e sigilosa. Foram atribuídos nomes fictícios aos mesmos, sendo identificados por Enfermeiro 1, Enfermeiro 2, Enfermeiro 3, Enfermeiro 4, Enfermeiro5.

CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA

3. Apresentação e Análise dos Resultados

Após a recolha de dados relativamente à pesquisa feita no campo empírico torna-se necessário ordená-los e analisá-los de forma a encontrar os resultados. Neste capítulo abordar-se-á a apresentação e análise dos resultados encontrados.

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos foi necessária a divisão das entrevistas em categorias de modo a ter uma exposição de forma sintetizada e bem compreensiva da pesquisa.

Da análise das entrevistas feitas achou-se pertinente considerar os resultados de acordo com 5 categorias:

- **Categoria I-** Perfil sociodemográfico dos participantes;
- **Categoria II-** Percepção dos conceitos;
- **Categoria III** – Influência dos valores na assistência de enfermagem;
- **Categoria IV-** Percepções sobre a assistência de enfermagem;
- **Categoria V-** Dificuldades e limitações relacionadas com a prestação dos cuidados.

3.1. Apresentação dos dados da Entrevista

Categoria I- Perfil sociodemográfico dos participantes;

Nesta categoria achou-se pertinente ilustrar as informações acerca dos dados dos participantes tendo onde utilizados alguns critérios tais como: idade, estado civil, tempo de profissão, habilitações académico.

Foram entrevistados cinco (5) enfermeiros do Serviço de Medicina do Hospital Baptista Sousa, dos quais duas (2) do sexo feminino e três (3) do sexo masculino, com a faixa etária compreendida entre 35 e os 52 anos de idade.

Referentes as habilitações académicas: quatro (4) são licenciados em enfermagem e um (1) tem bacharel. No que refere aos anos de profissão: três (3) têm de 13 a 15 anos de serviço e dois (2) têm de 27 a 30 anos de serviço. Em relação aos anos de profissão no serviço de Medicina: todos têm de 12 a 15 anos no serviço de Medicina.

Categoria II: Percepção dos Conceitos

Esta categoria foi definida uma vez que se sentiu a necessidade de saber o conhecimento dos enfermeiros sobre os conceitos relacionados com a temática. Porque ao falar do tema em si faz todo o sentido todos os envolvidos estarem a partilhar do mesmo conceito.

Pois é importante todos os enfermeiros estarem dotados de conhecimentos relacionados com essa patologia uma vez que são eles os profissionais de saúde que estão 24 horas com o doente. Devem saber reconhecer qual a evolução do doente e a melhor forma de lidar com estes tendo em conta as suas limitações.

Relativamente ao que se pretende nessa categoria constatou-se que a maioria dos participantes tem uma noção bem nítida dos conceitos e foram unânimes ao dizer que um doente com cirrose hepática é aquele que tem uma doença crónica, com deterioração do fígado como consequência de várias causas, nomeadamente a ingestão de bebidas alcoólicas, processos neoplásicos ou intoxicação medicamentosa. O que vai de encontro com a revisão de literatura feita. Desta feita apresenta-se as respostas dos participantes:

Enfermeiro 1- “ *É um paciente com deterioração do fígado como consequência de várias causas, nomeadamente a ingestão de bebidas alcoólicas, processos neoplásicos ou intoxicação medicamentosa*”.

Enfermeiro 2- “ *É um doente com uma doença crónica em que as células foram substituídas pelo tecido fibroso*”.

Enfermeiro 3- “ *É um doente com o fígado afetado devido a inflamações, formação de tecido fibroso e por fim a formação de nódulos*”.

Dessa análise verifica-se que os participantes estão dotados de conhecimentos acerca do conceito, apontam uma deterioração do fígado como consequência de varias agressões acometidas ao longo dos anos entre outros, o que revela de grande pertinência para o estudo uma vez que mostra que o enfermeiro está ciente daquilo que é a patologia e de como lidar com o mesmo.

Categoria III – Influência dos valores na assistência de enfermagem

Nessa categoria pretende-se conhecer qual a influência dos valores pessoais na assistência de enfermagem e daquilo que foi os resultados percebeu-se que os participantes têm bem presente o conceito de valores e consegue distinguir claramente os tipos de valores e expõem as suas opiniões acerca da sua influência na prática dos cuidados, indo de encontro com aquilo que nos diz a literatura, na qual passa-se a expor as respostas apresentadas:

Enfermeiro 1 *“é um conjunto de coisa, pontos de vista, tipos de preferências e julgamentos ou preconceitos que mostram as percepções das coisas de cada pessoa.”*

Enfermeiro 2 *“ Conjunto de características que identificam cada pessoa de acordo com a ética deontológica”.*

Enfermeiro 3 *“ os valores são aspectos deontológicos, culturais, crenças que orientam a nossa ação e prática dentro da nossa profissão e não só.” Os tipos são morais, materiais e espirituais”. Na minha vida pratica tento sempre respeitar a pessoa no todo, com ética e moral porque os doentes não estão ali para serem julgados”.*

Enfermeiro 4 *“os tipos são educação, respeito, amor ao próximo, religiosos, políticos, responsabilidade”. Na minha prática estão presentes a ética, a moral e a religiosidade porque o doente precisa da nossa melhor ajuda”.*

Quanto à influencia dos valores na prática clinica os participantes afirmam que:

Enfermeiro 5 *“os valores não influenciam negativamente na forma como tratamos os doentes porque temos a consciência que os doentes precisam do nosso cuidado sem discriminação”.*

Enfermeiro 1 *“Os valores influenciam de forma boa na prática porque é positivo quando há empatia, respeito e responsabilidade pelo doente o que nos ajuda na prática”*

Enfermeiro 2 *“Os valores morais podem influenciar a prática dos cuidados como respondido anteriormente de forma boa e positiva porque são de responsabilidade feitas com justiça e pensando no bem sempre”.*

Ainda os participantes foram unânimes ao apontarem que *“os sentimentos na prática clínica são orientados pelo lado positivo”*. **Enfermeiros 1, 3, 4 e 5**

Frisam ainda que em relação aos valores negativos como preconceito e discriminação esses são afastados desses cuidados que prestam no quotidiano.

Enfermeiros 1, 2, 3, 4 e 5 *“Conheço a nossa realidade e estou habituado a receber quase todos os dias esse tipo de doente e não faço nenhum tipo de discriminação em relação aos outros doentes”.*

Podemos ver que nessa categoria todos os participantes deram as suas percepções acerca da influência dos valores na sua prática clínica e apontaram que os valores que orientam as suas práticas são morais, estéticos, religiosos onde frisaram a questão da cultura, religião e as crenças dos indivíduos como aspectos importantes a serem valorizados no dia-a-dia.

De acordo com o analisado é importante referir que os participantes frisaram bem as suas percepções acerca do tema o que mostra mais uma vez a importância do conhecimento dos aspectos que podem interferir na prática de enfermagem uma vez que os doentes podem ser afetados, porque quando há aspectos negativos na prática de qualquer profissional isso acaba por influenciar o seu desempenho e a prestação de cuidados.

O doente precisa de um cuidado especializado com amor, atenção, compreensão e carinho, não só da terapêutica medicamentosa, de modo a satisfazer as suas necessidades e a recuperar a saúde o mais cedo possível, e quando o profissional tem conhecimento de todos esses aspectos é muito gratificante tanto para o profissional quanto para o doente.

Categoria III- Percepções Sobre a Assistência de Enfermagem

Achamos essencial elaborar esta categoria para melhor conhecer as percepções dos participantes acerca da assistência de enfermagem ao doente com cirrose hepática.

Desses participantes cada um tem a sua opinião acerca da assistência de enfermagem ao doente com cirrose hepática. Uma boa assistência de enfermagem ao doente diminui qualquer tipo de medo, receio, ansiedade ao doente internado, os procedimentos submetidos, as adaptações necessárias para uma melhor recuperação.

Por isso, é de suma importância estabelecer um clima de abertura, confiança, onde medos e receios sejam ultrapassados da melhor forma possível. Desta feita se apresenta as respostas que os participantes deram acerca desse processo que revela de grande essência na prática dos cuidados:

Enfermeiro 1- *“É importante porque é o meio pela qual o enfermeiro elabora os cuidados ao paciente de maneira científica, buscando contribuir para uma melhor recuperação do paciente”.*

Enfermeiro 2- *“A assistência é importante porque engloba procedimentos realizados pela enfermagem ao doente quando este não tem capacidade intelectual, física, emocional para o fazer”.*

Enfermeiro 3- *“A assistência de enfermagem são intervenções autônomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro de forma a apoiar o paciente em todas as fases da sua doença”.*

Enfermeiro 4- *“É muito importante porque garante a assistência ao utente de forma holística”.*

Enfermeiro 5- *“É muito importante porque tem um conjunto de ações com vista a promover conforto, melhorar a qualidade de vida da pessoa ou utente”.*

Por ser o enfermeiro o profissional que tem maior contato com o doente durante o internamento, o relacionamento entre eles deve favorecer a construção de um ambiente que possa influenciar na sua recuperação, facilitando o tratamento. A assistência de enfermagem ao doente é importante uma vez que tem grandes vantagens tanto para o doente como para o próprio profissional.

O que constatamos é que os enfermeiros entrevistados relatam que a assistência de enfermagem é de grande importância para promover conforto, o bem-estar e melhora a qualidade de vida do utente, o que faz todo o sentido e vai de encontro com a literatura.

Categoria IV- Dificuldades e limitações relacionados com a prestação dos cuidados

A enfermagem no cuidado ao doente com cirrose hepática é de suma importância, pois este necessita de acompanhamento dia após dia, para que se possa observar e saber a evolução e recuperação deste doente, com isso diminuindo os riscos de complicações severas a fim de atender as necessidades básicas do doente.

Sentiu-se a necessidade de criar essa categoria para saber as dificuldades e limitações com os quais os enfermeiros se deparam aquando da assistência ao doente com cirrose hepática no serviço de Medicina. O que se verificou neste estudo é que alguns

participantes afirmam que encontram dificuldades ao tratarem dos doentes com cirrose hepática e outros afirmam que não.

Nesta fase entra a função do enfermeiro como aspecto importante para ajudar o utente e a família no processo de adaptação à nova condição de vida. Das respostas apresentam-se as seguintes:

Enfermeiro 1- *“Não tenho tido dificuldades”.*

Enfermeiro 2- *“Não encontro dificuldades ao trabalhar com pacientes com Cirrose Hepática”.*

Enfermeiro 3- *“Existem dificuldades e tenho limitações a nível dos recursos humanos e materiais porque somos em número insuficientes”.*

Enfermeiro 4- *“A falta de mais recursos humanos nesse serviço dificulta o trabalho porque é pouco tempo dispensado a cada paciente, e também de matérias adequados”.*

Das percepções encontradas na pesquisa por parte dos participantes não se depara com muitas dificuldades em lidar com o doente em si, as limitações são a nível dos recursos que poderiam ser melhoradas.

Posto isso foi pertinente na investigação aprofundar mais sobre os recursos disponíveis. Questionados sobre o número de recursos humanos necessários para dar resposta às demandas do serviço responderam que têm deparados com limitações porque o número não é suficiente o que acaba por vezes por influenciar na prestação dos seus cuidados. Foram unânimes ao responderem que:

Enfermeiros 1, 2, 3, 4 e 5 - *“o número existente não é suficiente. Segundo a dotação de enfermeiros no serviço de medicina seriam necessários vinte e cinco enfermeiros”.*

E responderam que com o número existente no serviço: *“Fazemos o melhor que podemos aplicando todos os conhecimentos técnicos e práticas necessários e correcto com equidade”* **Enfermeiros 1, 2, 3, 4 e 5.**

Achou-se pertinente, ainda relativamente aos recursos humanos, saber se os enfermeiros estão capacitados para prestar cuidados a esse tipo de doente ou se é necessária uma formação específica. Das respostas todos foram unânimes ao dizerem que:

Enfermeiros 1, 2, 3, 4 e 5 *“sim e que mais formação é sempre bom para a melhoria da prestação e individualização dos cuidados de enfermagem e que não existem profissionais especializados nessa área que presta cuidados a esses utentes”*

Essa categoria também debruça sobre os recursos materiais e, sabendo a percepção dos participantes sobre a questão dos recursos humanos, achou-se necessário também saber qual a influência dos recursos materiais.

Relativamente aos equipamentos do serviço para acolhimento de doentes com cirrose, três dos participantes responderam que sim, o serviço está preparado, mas precisa de mais recursos e dois responderam que não e que existe falta de materiais.

Enfermeiros 1, 3 e 5 – *“Sim, mas falta mais recursos para uma melhor qualidade nos cuidados”*

Enfermeiros 2, 4 – *“Não”. “Há carência de materiais”*

Para reformar a pesquisa levantada sentiu-se a necessidade de saber se durante algum procedimento faltou algum medicamento todos responderam que sim, sentiram falta de medicamentos e recorreram a outros sectores.

Enfermeiro 1- *“Senti sim e recorri a outros serviços para pedir emprestado”.*

Enfermeiro 2- *“Sentimos sempre necessidade de materiais e medicamentos. Somos um país pobre e com várias carências. O HBS vem tentando reduzir essas necessidades, mas ainda falta um longo caminho. Pedimos ajuda à direção e familiares dos utentes, o que muitas vezes se traduz numa tarefa difícil porque muitos não conseguem ou não têm disponibilidade financeira”.*

Enfermeiro 3- *“senti necessidade e tive de recorrer a outro serviço”.*

Nessa categoria conclui-se que os participantes encontram dificuldades mais a nível dos recursos humanos e materiais para executar a suas tarefas mas, relativamente à interação com o doente em si não apontaram nenhuma dificuldade, mas podiam fazer uma melhor prestação de cuidados aos doentes com cirrose se não tivessem essas limitações.

As dificuldades e limitações em qualquer tipo de trabalho acabam por condicionar o desenvolvimento do mesmo uma vez que dificulta a sua qualidade. No processo de doença é importante saber quais as limitações presentes de modo a minimizá-los ou eliminá-los de modo a garantir uma melhor satisfação do doente e maior qualidade de vida.

Em enfermagem esses aspectos são sempre avaliados e levados em consideração, uma vez que o foco de atenção é o doente e o enfermeiro quer sempre a satisfação do utente. É pertinente arranjar estratégias que possibilitam na prática dos cuidados sem prejudicar o doente.

3.2. Conclusão dos resultados

Após a apresentação e análise dos resultados é relevante expor os principais achados da pesquisa. Relativamente à pergunta de partida: Como é que os valores pessoais dos enfermeiros influenciam na prestação dos cuidados ao doente com cirrose hepática no serviço de Medicina do Hospital de Baptista de Sousa? Foi vista durante a pesquisa bibliográfica que os valores são padrões sociais aceites pelos indivíduos e dependem geralmente de cultura ou princípios de cada indivíduo. Cada um tem valores que são adquiridos ao longo de sua vida.

Os valores podem influenciar negativa ou positivamente as condutas de cada indivíduo. Tendo por base a temática em estudo, sabendo que a problemática da cirrose hepática relacionado com o consumo excessivo e prolongado de álcool pode trazer algum tipo de discriminação ou preconceito no momento do atendimento ao doente pela sua reincidência de internamento e pelo facto de apresentar certos comportamentos, foi necessário saber junto desses participantes como é que os seus valores pessoais podem influenciar perante essa situação.

A maioria dos participantes, como foi frisado supra, apontam que os sentimentos na prática clínica são orientados pelo lado positivo e que não afectam no desempenho das suas funções. Conhecem a realidade Cabo Verdiana e frequentemente acolhem esses utentes no serviço e já sabem como lidar com eles e não são cometidos de nenhum tipo de preconceito.

Apresentam sim limitações aquando das prestações dos cuidados ao doente com cirrose não por causa dos valores negativos mas pelo facto de encontrarem limitações com os recursos humanos e materiais disponíveis no serviço o que não lhes permite uma maior proximidade e tempo com o doente, mas sempre tentam de acordo com a disponibilidade uma melhor prestação.

É de realçar que todos os objectivos traçados para essa investigação foram alcançados tendo por base a pesquisa bibliográfica feita e os resultados obtidos durante a pesquisa no campo empírico. Na medida em que se conseguiu perceber que a incidência da cirrose hepática no serviço vai de encontro com o que a literatura diz e que é constatado a nível da saúde, pois o alcoolismo é um problema de saúde pública e cada vez mais se inicia mais cedo o seu consumo não constituindo Cabo Verde uma excepção.

É a causa principal de cirrose no serviço de medicina do Hospital Baptista de Sousa comprovado pelos dados disponibilizados pelo serviço de estatística do mesmo, exposto na problemática. Convém realçar que os valores pessoais influenciam positivamente nos cuidados aos doente com cirrose hepática.

Relativamente às intervenções de enfermagem ao doente com cirrose hepática pode-se constatar que os participantes do estudo têm bem presente os cuidados de enfermagem que devem ser prestados ao doente com cirrose hepática tendo-se conseguido comprovar com a literatura e com a entrevista todos os cuidados que devem ser dispensados especificamente a esses doentes. Realçam que a assistência de enfermagem é de grande importância uma vez que ajuda no processo de recuperação do doente que deve experimentar mais conforto, bem-estar e tende a alcançar uma melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje em dia no que se refere à saúde ou à falta dela tem-se deparado com inúmeras formas de prevenção e promoção da saúde, mas não obstante isso, nota-se ainda um número crescente de pessoas com diagnóstico de cirrose hepática em Cabo Verde.

Diante dessa situação, pareceu oportuno investigar a assistência da enfermagem prestada ao utente com cirrose hepática, especificamente no que se refere à influência dos valores desses enfermeiros que trabalham com esses doentes, por ser aquele que passa a maior parte do tempo junto ao doente, auxiliando-o da melhor forma possível.

A enfermagem como profissão reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos essenciais não só para a sua prática como também para a tomada de decisões inteligentes adequadas à prestação de cuidados de enfermagem.

Sendo a enfermagem área onde os profissionais atuam vinte e quatro horas no cuidado ao doente, pode-se notar que estão atentos às possíveis complicações. Apesar de a cirrose ser uma patologia que evolui no decorrer dos anos sem apresentar sintomatologia e que os pacientes cirróticos geralmente só procuram cuidados quando estão evoluindo com complicações graves, muitas vezes já irreversíveis, mesmo assim, a enfermagem poderá agir após o diagnóstico de forma a minimizar o progresso e possíveis complicações.

Os resultados das entrevistas aplicadas aos enfermeiros apontaram que os valores pessoais influenciam de forma positiva na prestação dos cuidados ao doente com cirrose hepática no serviço de Medicina. A maioria dos participantes, aponta que os sentimentos na prática clínica são orientados pelo lado positivo e que não afectam negativamente no desempenho das suas funções.

Frisam ainda que na sua prática clínica sentimentos como empatia, mau humor e preconceitos entre outros (valores negativos) não interferem na prática desses cuidados uma vez que sabem que esses sentimentos não contribuem para a recuperação do utente, muito pelo contrario.

Deste modo pode-se dizer que os objetivos preconizados foram alcançados. Uma das limitações encontradas inicialmente foi a disponibilidade por parte dos participantes em responder à entrevista uma vez que referiram ter pouco tempo, devido à sobrecarga de trabalho a que se encontram sujeitos, o que acabou por atrasar a materialização do trabalho.

Uma outra limitação encontrada foi em relação às referências bibliográficas, no entanto essas limitações foram ultrapassadas permitindo a realização da mesmo.

O estudo foi finalizado com satisfação, permitindo a aquisição de novos conceitos desconhecidos, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências tanto profissionais como pessoais.

Pretende-se com este estudo, instigar a reflexões e sensibilizar ou penetrar nas ideias, hábitos, maneiras de agir e de pensar dos profissionais, para a necessidade de reconstrução de novas práticas bem como a instituição das mesmas, para que melhorias ocorram em favor dos doentes, pois estes têm o direito a ser atendidos de acordo com as suas necessidades, recebendo cuidados de enfermagem de qualidade.

PROPOSTAS

- Criar um protocolo de atendimento ao doente com cirrose hepática;
- Pensar, no futuro, num espaço específico e mais propício para os doentes com esse diagnóstico evitando estar no mesmo espaço com os de outras patologias.
- Pensar em mais recursos humanos e materiais.
- Dar formações aos profissionais dessa área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, C.S. (2013). Perfil Clínico Epidemiológico da Cirrose Hepática. Porto. Dissertação de mestrado em medicina. Disponível em <https://repositorio.aberto.up.pt>.
- Andrade, Z.A.C. (2005). Regression of Hepatic Fibrosis. Revista bras med trop
- Andreoli, T.E.C. (2008). Medicina interna básica. 5ª edição. Guanabara koogan.
- Antczak, S.E. (1996). Fisiopatologia Básica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Berne, R.M; Levy, M.N. (2000). Fisiologia. 4ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Berner, R.M; Levy, M.N. (2007). Fisiologia. 4ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara koogan.
- Bertelli, M.S; Conci, M. (2001). Alcool do fígado. Editora educs.
- Bertolote.J.M. (1997). Conceitos em alcoolismo. Porto alegre.
- Boff, L. (2004). Saber cuidar ética humana compaixão pela terra. 9ª edição. Petropolis.
- Brune; Suddarth. (2005). Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara koogan.
- Capra, F. (1996). A vida da vida the best of live. São Paulo. Cultril.
- Carpenito, L.J. (2006). Planos de cuidados de enfermagem e documentação. Porto alegre.
- Castro, L.P. Coelho, L.G.V. (2004). Gastroenterologia. Rio de Janeiro. Médica e Científica.
- Chung, R.T; Podolsky, D. K. in Harrison. (2006). Medicina interna. 16ª edição. Rio de Janeiro. Mc Graw hill interamericana do brasil.Lda.
- Correia, P.; Batista, A. (1985). Gastroenterologia. 2ª edição. Lisboa. Calouste Gulbenkian.
- Cunha, A.G. (1982). Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa. Rio de Janeiro. Nova fronteira.
- Dalley, A; Moore, K. L. (2007). Anatomia orientada para a clínica. Guanabara koogan.
- Dalley, A; Moore, K.L. (2007). Anatomia orientada para clínica. Guanabara Koogan.
- Dangelo, J.G; Fattine, C.A. (2008). Anatomia humana básica. São Paulo. Atheneu.
- Diepenbrock, N.H. (2005). Cuidados intensivos. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Ferreira, A.B. (2007). O dicionário da língua portuguesa Curitiba positiva. Holanda.
- Filho, G.B. (2006). Patologia. 7ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara koogan.
- Fonseca. J.C. (2009). O dia-a-dia dos pacientes com cirrose hepática. Disponível em drjcfonsecaofigado.blogspot.com.
- Fortin, M. (1999). Processo de investigação. Louvres lusociência.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Louvres lusociência.

Freitas, C.C. (2013). Metodologia do trabalho científico, Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico 2 edição. Brasil. Feevale.

Garcia, E. (1995). Alterações na função pulmonar secundária a cirrose hepática. Tese apresentada como pré-requisito para obtenção do grau de doutor, porto alegre.

Gonçalves, L. I. B. (2009). Alcoolismo e cirrose hepática. Dissertação para obtenção do grau de mestre pela universidade de beira interior. Covilha mestrado integrado e médica.

Grittem, L.; Meyer, M. G. (2006). Visita Pre-operatória de enfermagem, percepções de enfermeiro de um hospital de ensino. Cogitare.

Guyton, M. D., Arthur e Hall, E. J. (2008). Tratado de Fisiologia Médica. Tradução de Barbara de Alencar Martins. Rio de Janeiro. Elsevier.

Guyton, M.D.; Hall, A.E.J. (2008). Tratado de fisiologia medica. Rio de Janeiro. elsevier.

Hofstede, G. (2001). Cultura e organizações compreender a nossa programação mental. Lisboa. edições sibalo.

Isselbacher, D. (1996). Medicina Interna. 14ª edição. Rio de Janeiro.

Jhon, J. A. (2014). Avaliação de pacientes com cirrose atendidos em nível ambulatorial. Dissertação submetida ao programa pós-graduação em hepatologia da fundação universidade federal de ciências de saúde de porto alegre como requisito parcial para obtenção de grau mestre porto alegre.

Knobel, E. (2006). Condutas no paciente grave. 3ª edição. São paulo. Atheneur.

Leopardi, M. T. (1994). Entre a moral e técnica. Ambiguidades dos cuidados de enfermagem Florianópolis UFSC.

Lima, R. D. (2007). Manual de Farmacologia Clínica Terapêutica e Toxicologia. Guanabara Koogan.

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2006). Fundamentos de Metodologia Científica. 6 edição. São Paulo atlas.

Maturana, H. (1999). Emoções e linguagem na educação e na política. Bello horizonte UFMG.

Mendes A. M.S., SANTOS, E. A. J. A. S. Ferreira J.O.R. Paris, L.S. Damaceno, M..P .R. (2012). Cirrose hepática em decorrência do alcoolismo em pacientes do sexo masculino.

Trabalho de conclusão de curso como parte de requisitos necessários para obtenção do título de técnico em agente comunitário de saúde palmital.

Mincis, M. (2008). Doenças Hepática induzida por drogas in Mincis M, editor, Gastroenterología e Hepatologia, 4º edicao. São Paulo. Casa lemos editorial.

Ministerio de saude de cabo verde 2007.

Morin, E. (1999). Amor poesia sabedoria 2º edição. Rio de Janeiro Bertrand Brasil.

OMS,organização Mundial da Saúde relatório global sobre álcool e saúde 2014. Genebra. Suíça 2014.

OMS. World Bank Group Disease contrl priorities Project: álcool abuse. (2006). Disponível em [Http: www.dcp2.org/diseases4](http://www.dcp2.org/diseases4).

Paride, V. (2000). Gastroenterol. Vol.37, nº1 são Paulo Janeiro-março. Revisão/ review [HTTP// dx.doi.org](http://dx.doi.org).

Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados (Salgueira, trads) coimbrã quarteto.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, vol.2, Praia 2012.

Potter, P.A.; Perry, A.G. in Bruner e Suddarther. (2005). Trato de enfermagem médico-cirúrgico 10º edição Rio de Janeiro Guanabara Koogan.

Regina Sílvia. (2009).Os valores humanos. Disponível em www.silregina.blogspot.com- 16 de agosto 20:44 minutos.

Rigas, B.H; Spiro, M. (1996). Gastroenterologia clinica. 4º edição. Portugal, editora Mc Graw-hill.

Robbins, S. (2005).Patologia Bases patologia das doenças. 7º edição. Rio de Janeiro. Editora Elsevier.

Rocha, E.G.; Perreira, M. L.D. (2007). Representações sociais sobre cirrose hepática alcoólica. Elaborados por seus portadores escola Anna Nery, vol.11, nº4, rio de janeiro dec-, [http//dx.doi.org](http://dx.doi.org).

Rohan, M. (2000). The values construct personality and social psychology review.

Rokeach, M. (1973). The nature of human values. New york. Free press.

Ross, M. (2001).Psicologia social de los valores humanos. Madrid.

Rubine. M. D; Farber, J.L.M.D. (2008). Patologia. 3º edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,.

Schwartz, S.H. (2001). Existem aspectos universales em la estrutura y conteúdo de los valores humanos in Ross, M.: Gouveia. V.V. psicologia social de los valores humanos Madrid.

Sherlock, S; James.D. (2004). Doenças do fígado e do Sistema Biliar. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Shuppan, D. Afdhal.N.H. (2008). Liver Cirrosis The Lancet v.371, n 961.

Spranger, E. (1928). Tipes Of The Psychology And Ethics Of Personality. Halle:max Niemeyer.

Swwlzer, S. C., Bare, B. G,et al. Brunner e Suddarth. (2005). Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 10º edição. Vol. 1 e 3. Rio de Janeiro.Guanabara Koogan.

Tamayo, A. (1998). Valores Organizacionais: sua relação com satisfação no trabalho, cidadania organizacional e comprometimento afetivo revista de administração. São Paulo.

Taylor, C. (2007). Fundamentos de enfermagem: a arte de cuidar de enfermagem. Artmed.

Thomas. S. in Phipps Sans Marek. (2003). Enfermagem medico cirurgico. 6º edição. Lusociencia.

Tierney, L.N.J.; Mcphel, S.; Papadaks, M.A. (2001). Diagnostic e tratamento. Rio de Janeiro. Lonce.

Tomey, A.M. (2002). Virgínia Henderson definição de enfermagem in A.M.Tomey E.M.R. Alligood, Teorias de Enfermagem e a sua Obra (modelos e teóricas de enfermagem. 5º edição. louvres Lusociência.

Tortora, R. G. (2002). Princípios de Anatomia e Fisiologia. Rio de Janeiro.Guanabara,Koogan.

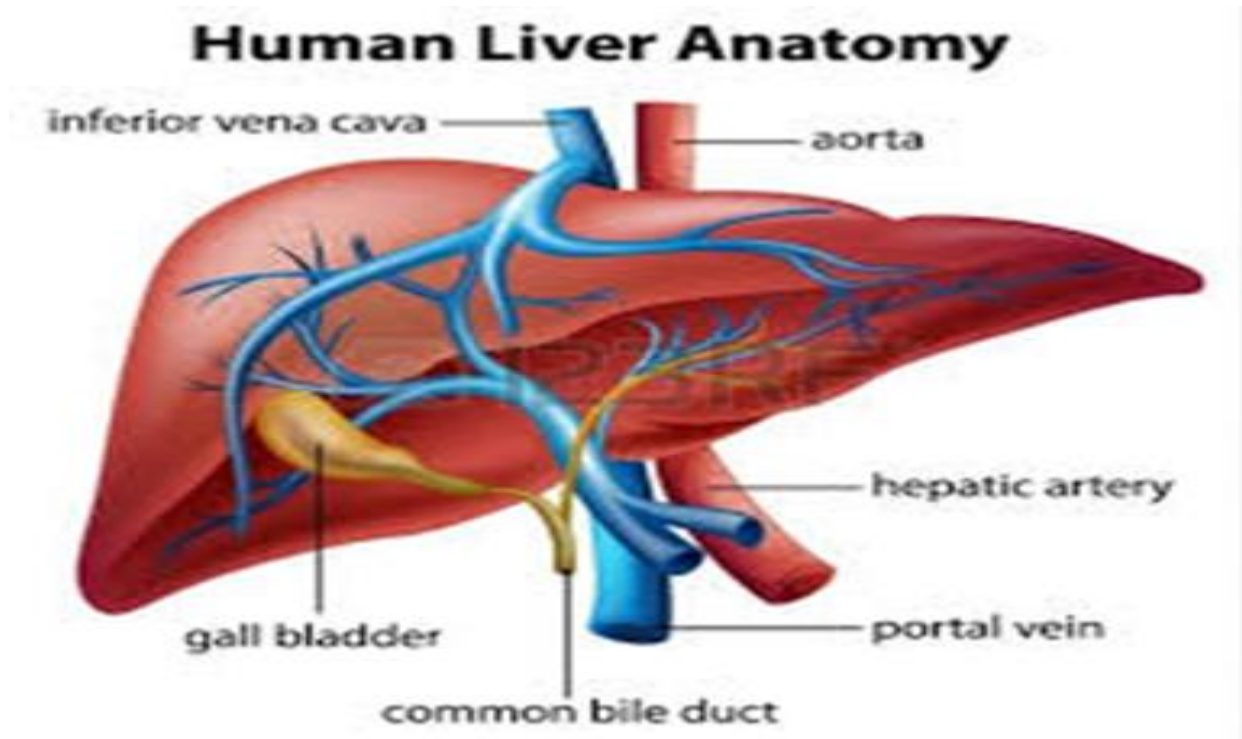
Vargas D. L. R.C. (2006). Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. Rev. Bras Enferm.

Waldow, V. R. (1998). Saberes e fazeres da enfermagem contemporâneo Portalegre: artes médicas.

Zobali E. L. P.; Schveitzer, M. C. (2013). Valores da Enfermagem como Pratica Social. Rev.Latino-Am. Enfermagem.

ANEXOS

Anexo I- Fisiologia do Fígado



Fonte: www.google.cv/search?q=imagem+do+figado&espv=2&biw=1366&bih=643&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChMI27jPxpHlxwIVw34aCh0pLgvz#tbn=isch&q=imagem+do+anatomia+do+figado&imgsrc=mtojBthqrcSAM%3A

Anexo II- Requerimento da coordenação do curso de enfermagem



UNIVERSIDADE DO MINDELO
Sapientia Ars Vivendi



12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do Curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

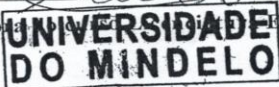
Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a recolha de dados necessários à realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

A Coordenadora do Curso de Enfermagem



Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde

Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

APÊNDICE

Apêndice I- Cronograma

	Actividades de Tarefas	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Fase inicial	Escolha do tema												
	Pergunta de Partida e justificativa												
	Objectivo												
	Hipóteses												
	Escolha de abordagem												
	Construção do problema												
	Enquadramento teórico												
	Apresentação do projeto												
Fase execução	Procedimento ético												
	Iniciar a investigação												

	Recolha de informação												
	Interpretação dos resultados												
Fase final	Interpretação introdução												
	Considerações finais e propostas												
	Resumo												
	Envio do TCC ao orientador												1
	Revisão e Tradução											30	
	Entrega nos S.A.E												7

Apêndice II- Requerimento feito pela investigadora

Requerimento

A Comissão de Ética para parecer.
A Superintendência de Enf.
para parecer e devida articulação
com o SUS. 20/03/15

Exma. Sra.:

Diretora do Hospital Dr. Baptista de Sousa

Sara Cristina Lima Andrade, número de estudante 2556, cursando o 4º ano de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, referente ao ano letivo 2014/2015, pretende desenvolver uma pesquisa cujo tema intitula-se: A prestação de cuidado ao doente com cirrose hepática. Neste âmbito, vem mui respeitosamente, requerer a vossa Excelência autorização ao acesso a dados, relatórios, entre outras informações pertinentes á investigação pretendida. Mais informa que o período da pesquisa decorrerá desde Fevereiro à meados de Junho, e que o campo empírico pretendido e o serviço de Medicina do Hospital que Vossa Excelência dirige.

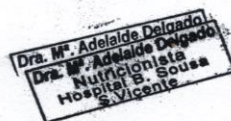
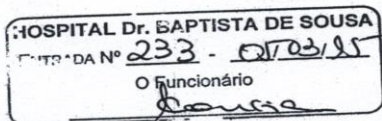
Pede deferimento.

Mindelo, 21 de novembro de 2014.

A requerente:

Sara Cristina Lima Andrade

/Sara Cristina Lima Andrade/



Autorizado pela
Comissão de Ética
[Signature]
11/03/2015

Apêndice III- Termo de consentimento livre i esclarecimento

Prezado (a) senhor (a).

Gostaria de convida-lo (a) a participar da pesquisa cirrose hepática realizado no serviço de medicina. O objectivo da pesquisa é identificar a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente com cirrose hepático.

A sua participação é muita importante e ela seria através de uma conversa informal e de seguida gravada. Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar a participar ou mesma desistir a qualquer momento sem que isso acarrete qualquer ónus ou prejuízo a sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade de modo a prescrever a sua identidade.

Caso tenha duvida ou necessita de qualquer esclarecimento poderá contactar pelo telemóvel 5902782 ou correio electrónico sarasalian@hotmail.com

Eu ----- aceito participar nesta pesquisa.

Assinatura

Mindelo,-----de-----2015

/Sara Lima Andrade/

Apêndice IV- Guião de Entrevista

Objectivos da entrevista:

- Identificar a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente com cirrose hepática;
- Identificar se os valores pessoais dos enfermeiros interferem na prestação de cuidados ao doente com Cirrose Hepática (CH);
- Identificar as estratégias que os enfermeiros desenvolvem no atendimento ao doente com Cirrose Hepática;

A entrevista não é obrigatória, é anónimo e confidencial.

Sexo: Feminino () Masculino () Idade: Estado Civil:

Onde se formou?

Habilitações Académicas: Com Bacharel () Licenciatura () Especialidade () Mestrado ()?

Categoria Profissional:

Tempo de serviço na profissão de enfermagem no HBS? _____ Anos. Tempo de serviço no serviço da Medicina? _____ Anos. Qual o Cargo que desempenha neste Serviço? _____.

1. O que significa Cirrose Hepática para si?
2. Qual o tipo de CH mais frequente nesse serviço?
3. O que entende por cuidados de enfermagem?
4. Na sua opinião qual a importância da prestação dos cuidados de enfermagem ao doente com cirrose hepática?
5. O que entende por valores pessoais?
6. Quais são os tipos de valores pessoais que conhece? E quais estão mais frequentes na tua prática?
7. Sendo os valores positivos e negativos como esses são orientados na tua prática clínica?
8. Na tua opinião os valores pessoais influenciam na prestação dos cuidados ao doente com Cirrose Hepática (PCDCH)? Se sim como?

9. Qual é a importância da assistência da enfermagem prestada ao doente com cirrose hepática?
10. Qual a sua conduta perante um doente com Cirrose Hepática?
11. Sente alguma dificuldade em satisfazer as necessidades do doente com CH? Se sim quais?
12. Quais as estratégias que você como enfermeiro (a) usa no cuidado ao doente com Cirrose Hepática?
13. Acha que os cuidados de Enfermagem podem ser benéficos ao doente neste serviço?
14. Acha que há qualidade na prestação dos cuidados ao utente? Justifica?
15. Acha que os utentes estão satisfeitos com a qualidade dos cuidados que lhes são prestados? Justifica?
16. Quais as maiores dificuldades sentidas pelo utente aquando da prestação dos cuidados de enfermagem?
17. Quais são as formas de tratamento utilizado para com esses doentes no Serviço da medicina?
18. Qual seria sua atuação no caso de um atendimento de urgência a esses doentes?
19. Na sua opinião há algum aspecto que deve ser melhorado durante a PCDCH?
20. Nota-se alguma mudança na evolução dos cuidados prestados ao doente com CH?
Se sim apontas as evoluções deparadas tendo em conta a sua experiência profissional.
21. Acha que o número de enfermeiros no serviço de medicina é suficiente para dar resposta a necessidades desses doentes com CH? Se não, quantos seriam necessários para prestação de um cuidado de qualidade?
22. Com o número de enfermeiros no serviço como faz para garantir a satisfação do doente?
23. Acha que os enfermeiros estão capacitados para prestar cuidados a esse tipo de doente ou necessitam de uma formação específica para desempenhar essa tarefa? Porquê?
24. Existe profissionais especializados que prestam cuidados a esses doentes?

25. Acha que o serviço de medicina está preparado para receber os doentes com cirrose hepática? Se não, o que é necessário?
26. Na tua opinião há recursos materiais suficientes para realização dos procedimentos aos utentes CH?
27. Durante a realização dos cuidados sentiu necessidade de algum medicamento ou material? Se sim, qual foi a sua conduta?
28. Tem mais alguma informação que queria acrescentar e não lhe foi perguntado?

Muito Obrigada pela sua participação

Apêndice V- Diagnostico NANDA/ Intervenções de Enfermagem NIC

NFH Afetados	Características Definidoras	Factores Relacionados	Intervenções de Enfermagem NIC
Volume de Líquido Excessivo	Caracterizado por edema e ascite	Relacionado ao mecanismo regular comprometido	Realizar balanço hídrico, Pesar o paciente em jejum diariamente, Monitorizar os níveis de electrodiscos Realizar medida de circunferência abdominal diariamente em jejum
Padrão Respiratório Ineficaz	Caracterizado por dispneia	Relacionada a energia diminuída	Manter a cabeça elevada (30°) Monitorizar frequência e ritmos respiratórios Monitorizar gasometria arterial Instalar oximetria de pulso
Confusão Aguda	Caracterizada por alucinações	Relacionada ao abuso de álcool	Estabelecer uma relação de confiança com utente Proporcionar ambiente de segurança Manter grades laterais do leito elevado Controlar alucinações
Risco de integridade da pele prejudicada	Alterações no turgor da pele	Relacionada a estado dos líquidos alterados	Realizar hidratação da pele diariamente com emoliente Monitorizar ressecamento e húmida excessiva da pele Inspecionar as condições e de hidratação da pele durante o banho Manter as unhas do paciente curtas
Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	Caracterizado por sons intestinais diminuídos e distensão abdominal	Relacionada a redução mecânica do fluxo sanguínea venosa	Observar diástese abdominal (ascite) Monitorizar resultados laboratoriais (electrónicos) Monitorizar estado nutricional Atentar para vômitos ou hematémese
Conhecimento deficiente	Caracterizado por dificuldade em verbalizar conhecimentos sobre a sua patologia	Relacionado a falta de exposição	Avaliar capacidade cognitiva do paciente Orientar o utente quando a sua patologia Ensinar e incentivar o auto cuidado Esclarecer dúvidas do utente
Constipação	Relacionada a motilidade diminuída do trato gastrointestinal	Relacionada a motilidade diminuída do trato gastrointestinal	Monitorizar sinais e sintomas da constipação Monitorizar eliminações intestinais e ruídos

			hidroaéreos Planejar dieta adequada Sugerir laxante ou enema conforme apropriado
--	--	--	--